



Directorio

Psicomotricidad, Movimiento y Emoción

Director- Editor

Dr. Jaime Fausto Ayala Villarreal

Consejo de Redacción

<i>Redacción</i>	<i>Gráfico</i>
Concepción Rabadán Fernández María Esther Castillo Barnetche Ezequiel Martínez Martínez Adriana Abgail Romero Hernández Gabriela Tercero Quintanilla	Jimena Ayala Rabadán

Nacional

Dr. Javier Amado Lerma

Ciudad de México, Instituto Nacional de Psiquiatría

Dra. Thalia Attié Rohl

Ciudad de México, Independiente

Lic. Medicina Jimena Ayala Rabadán

Universidad La Salle

Mtra. Mariana Becerra Arzate

Ciudad de México, Independiente

Dra. Martha Patricia Bonilla Muñoz

Ciudad de México, Instituto Mexicano de Terapia Cognitivo-Conductual

Dra. María Esther Castillo Barnetche

Ciudad de México, Independiente

Dra. Rosa María Denis Rodríguez

Pachuca, Hidalgo. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Mtro. Armando Israel Escandón Muñoz

Taller Maladrón, CDMX

Mtro. Juan Francisco Garduño Aparicio

Ciudad de México, Independiente

Mtro. Nicolás Guzmán Nava

Ciudad de México, DIF Nacional

Mtro. Pedro Rafael Hernández Uzcanga

Ciudad México, Colegio Internacional de Educación Superior.

Mtra. Mitzi Miriam León Calderón

Ciudad de México, Independiente

Lic. Ezequiel Martínez Martínez

Ciudad de México, Independiente

Mtro. José Mendoza Landeros

Ciudad de México, Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia

Mtro. Macario Molina Ramírez

Ciudad de México, Escuela Superior de Educación Física (ESEF).

Mtra. María Oswelia Murad Robles

Ciudad de México, Independiente

Dra. Alicia Parra Carriedo

Ciudad de México, Universidad Iberoamericana

Mtra. Paulina Reyes Retana Dahl

Ciudad de México, Independiente

Mtro. José Eduardo Reynoso Cruz

Ciudad de México, Universidad Nacional Autónoma de México

Mtra. Adriana Abgail Romero Hernández

Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

Dr. Juan Gabriel Serna Guerrero

Pachuca, Hidalgo, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Dra. Gabriela Tercero Quintanilla

Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

Mtra. Martha Elva Valenzuela Amaya

Ciudad de México, Colegio Internacional de Educación Superior

Comité Editorial:

Internacional

Lic. Miguel Sassano

Buenos Aires, Argentina. Universidad de Morón

Mtra. Katia Fabiola Medina Sanjinés
Bolivia

INDICE

EDITORIAL. SOBRE LA PSICOTERAPIA PSICOMOTRIZ

PROPUESTA TEÓRICA DEL MÉTODO PSICOCINÉTICO PARA LA COORDINACIÓN DE LA INESTABILIDAD MOTORA DE NIÑOS EN PREESCOLAR DE CAPEP MORELIA

Nadia Esperanza Ayala Calderón

LA FAMILIA COMO PARTE DEL PROCESO TERAPÉUTICO EN LA INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ

Blanca Romero Martínez

EN LA INTERDISCIPLINA

REPARACIÓN DEL OBJETO EN LA ELECCIÓN PROFESIONAL. ORIENTACIÓN VOCACIONAL PARA ADOLESCENTES

Libia Trejo Martínez

ALGUNAS IMPLICACIONES DE LA FUNCIÓN PARENTAL EN LA CONSTITUCIÓN DEL SUJETO

Diana Elizabeth Nuñez Ruiz

EL AUTISMO OCULTO EN LAS MUJERES

Jessica Elizabeth Reyes Venegas

PRESENTACIÓN DE LIBROS

WINNICOTT. CLÍNICA DE LAS AGONÍAS PRIMITIVAS

Autora: Concepción Rabadán Fernández. Comentan: Mtra. Martha Elba Valenzuela Amaya. Dra. Mitzi Miriam León Calderón y Mtro. Enrique Octavio Aragón Burgos.

EDITORIAL

SOBRE LA PSICOTERAPIA PSICOMOTRIZ

La psicomotricidad se aplica en la reeducación, la educación y como terapia ¿En qué consiste la terapia psicomotriz? ¿Cómo la psicomotricidad, centrada en el cuerpo en movimiento, implica aspectos cognitivos, afectivos y relacionales? Resulta importante el estudio de las diferentes teorías sobre el cuerpo en movimiento. Ya no solo se trata de la capacidad intelectual del ser humano desde los aspectos cognitivos, sino de cómo desde el cuerpo en movimiento se implica la cognición, la inteligencia y además la socialización.

Ernest Dupré, en 1907, al estudiar la debilidad motriz, sienta bases para estudiar la psicomotricidad continuada por Henri Wallon, Guilman Otzeretky, Arnold Gessel, Julian de Ajuriaguerra. Wallon, al asignar al tono muscular una función en la postura, la emoción y la representación, estudia la interacción entre lo psicológico y lo corporal, por lo que se le reconoce como principal inspirador de las teorías y prácticas de la escuela francesa de la psicomotricidad. Para este autor la función motriz cumple dos objetivos: la transformación de sí mismo y la acción que lleva al intercambio con el medio ambiente. En el año de 1947 Julián Ajuriaguerra propone en la Salpêtrière y en el Hospital Henri Rousselle, la reeducación psicomotriz. Describe los trastornos de carácter específicamente psicomotores como son: la dispraxia, la inestabilidad psicomotriz, debilidad motriz, inhibición psicomotriz, entre otros. En 1974 se amplía el rumbo de la terapia psicomotriz hacia una aproximación psicoanalítica; dando origen a una psicomotricidad centrada en la expresión libre del paciente y en las capacidades relacionales del terapeuta, basada en la actividad motriz espontánea. Por su parte André Lapierre, A. y Bernard Aucouturier, introducen los aspectos del cuerpo afectado y las emociones y se empieza a practicar con los adultos. Antes de que estos dos autores se separaran salió publicada la obra conjunta en el año 1980, *El cuerpo y el inconsciente*, obra de enfoque psicoanalítico. Surge la línea de Lapierre llamada psicomotricidad relacional, y la conocida como la práctica psicomotriz vivenciada de Aucouturier.

Daniel Calmels, en el año 2003, continuando con las ideas de Ajuriaguerra, comprende que:

La terapéutica psicomotriz actuará sobre desórdenes no deficitarios. Nuestro objetivo se reduce a modificar la figura como síntoma, pero especialmente el fondo que lo hace posible, incluso en ocasiones únicamente el fondo con el fin de modificar el cuerpo en cuanto sistema de relación y orientación. El objetivo de una terapéutica psicomotora será no solo modificar el fondo tónico-sincinesias o cualquier otro tipo de actos, de influir en la habilidad, la posición y la rapidez, sino sobre la organización del sistema corporal, modificando el cuerpo en conjunto, el modo de percibir y aprehender las aferencias emocionales. El objetivo de dichas técnicas no será únicamente motor, sino que actuará sobre el cuerpo unificador de experiencia y eje de nuestra orientación (27).

Eva Ferrán, en 2011, refiere el movimiento corporal, que en la terapia psicomotriz, resulta en un equilibrio entre lo motor, sensorial, afectivo, haciendo psique. El Fórum Europeo de Psicomotricidad, menciona que la psicomotricidad integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensoriomotrices en la capacidad de ser y de expresarse en un contexto psicosocial, desempeñando un papel fundamental en el desarrollo armónico de la personalidad. Para Pablo Berruezo y Adelantado (2008) la intervención de la terapia psicomotriz se caracteriza porque no solo se enfoca en eliminar el síntoma, si no que trabaja sobre la organización del cuerpo, lo cual provoca una modificación del síntoma. En el abordaje terapéutico no se trata de implementar un ejercicio que complete el vacío que produce un déficit, no se trata de un estímulo al organismo sino de una puesta al día de la situación del cuerpo, convocando la historia de su gesta y desarrollo.

Tanto para Esteban Levin (1991), como para André Lapierre (1997) la terapia psicomotriz se trata de una práctica psicoterapéutica que se basa en el juego libre y espontáneo, vía la relación tónico-emocional, reactualizando recuerdos olvidados, reprimidos en el inconsciente, o de revivir traumas primitivos con su intensidad emocional. El paciente juega con su cuerpo y dispone de él utilizándolo desde otro lugar, permitiéndole encadenar las situaciones, recuerdos, sensaciones a su propio devenir histórico. El objetivo es analizar los contenidos del inconsciente y la manera en la que estos se interrelacionan para formar un trastorno psicomotor.

En el año 2005 el Colegio Internacional de Educación Superior, por medio de la Maestría en Psicomotricidad, organizó el Primer Congreso Mundial de Psicomotricidad: Posmoder-

nidad y Psicomotricidad. Evento donde colaboraron varias organizaciones mexicanas y extranjeras: la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala (UNAM), el Instituto Politécnico Nacional, la Federación Panamericana de Psicomotricidad, la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría AC, la Clínica Psiquiátrica San Rafael, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y la Federación Mexicana de Salud Mental, entre otras. Participaron invitados de talla internacional, entre ellos, Pablo L. Bottini (Argentina), Daniel Calmels (Argentina), Vítor da Fonseca (Portugal), André Lapierre (Francia), Juan Mila (Uruguay), Robert Rigal (Canadá), Miguel Sassano (Argentina) y Leopoldo Vieyra (Brasil).

Beatriz Adriana Pérez, en el año 2011 en el Colegio Internacional de Educación Superior, CiES, propone explicar y centrar la intervención psicomotriz en la relación tónico emocional, que a la manera de la transferencia en psicoanálisis, facilita la mirada psicomotriz no del síntoma sino del sujeto. Intenta establecer, restablecer, mantener o enriquecer las relaciones de la persona consigo mismo, con los demás y con su entorno, siendo el marco de actuación la vida psíquica a través del cuerpo vía la relación tónico-emocional.

Esperamos que la práctica de la Psicomotricidad en el campo de la reeducación continúe articulando sus avances con una comprensión social. Que la educación no sólo se centre en la inteligencia, la cognición, los procesos de aprendizaje, sino además en las teorías del cuerpo en movimiento que va más allá del juego; un aprendizaje mediatizado por el cuerpo movimiento. Que la práctica de la psicoterapia psicomotriz continúe aportando a la mejora de la vida de los niños, adolescentes y adultos.

Jaime Fausto Ayala Villarreal y Concepción Rabadán Fernández

Comité editorial PsiME

PROPUESTA TEÓRICA DEL MÉTODO PSICOCINÉTICO PARA LA COORDINACIÓN DE LA INESTABILIDAD MOTORA DE NIÑOS EN PREESCOLAR DE CAPEP MORELIA

NADIA ESPERANZA AYALA CALDERÓN

Maestra frente a grupo en Capep Morelia 1 Centro escolar oficial dependiente de la Secretaría de Educación Pública. Docente en el nivel preescolar desde el 2000. Maestría en Dificultades en el aprendizaje IMCED en Morelia Michoacán. Participante en el Programa Binacional de Educación Migrante, SEP - Migrant Ed. Michoacán – California, como maestra de escuela de verano en los años 2010 y 2011. Acreedora del programa de proyectos innovadores por parte de la secretaria de educación en el Estado en 2015 con el proyecto de integración de niños migrantes en el nivel preescolar. Tallerista en el XXXVI Foro Nacional de Educadoras 2016 en Morelia Michoacán con el taller titulado Costumbres y tradiciones mexicanas con Campos formativos. Becaria del programa de beca-comisión SEP del año 2017-2020 en los cuáles fue estudiante de la Maestría en Psicomotricidad del Colegio Internacional de Educación Superior, CiES.

Recepción: 18 septiembre 2023/ Aceptación: 06 diciembre 2023

RESUMEN

Se propone el marco teórico del método psicocinético para aplicarlo con niños de preescolar una vez que regresemos a la vida escolar presencial terminando la pandemia de Covid 19. Los niños que presentan inestabilidad motora desarrollan una intensa actividad. Se mueven constantemente sin un propósito específico, tienen dificultad para relajarse, inician tareas que no concluyen antes de iniciar otra. Existen múltiples tratamientos para estos niños, entre ellos se encuentra la terapia psicomotriz. Este artículo pretende demostrar teóricamente cómo funciona el método psicocinético en problemas de inestabilidad, por intermedio de su acción sobre actitudes y movimientos corporales, implicando, no síntomas, sino al ser total. Cómo el acto motor no es un proceso aislado sino, por el contrario, adquiere significación con referencia a la conducta emergente de la totalidad de la personalidad.

Mediante el desarrollo de determinadas habilidades psicomotrices, como la coordinación motriz general hasta llegar a la destreza en manos y ojo-mano se le facilita una formación global y la organización de la actividad motora. El método psicocinético se ha aplicado con niños en primaria, se propone para el nivel de preescolar con niños que presentan inestabilidad motriz, debido a que se desarrollan estrategias para el manejo conductual, la atención, el seguimiento de indicaciones, límites y reglas, la aceptación de sí mismo, así como una actividad investigadora.

PALABRAS CLAVE: inestabilidad motora, inestabilidad psicomotriz, psicomotriz, maestría en psicomotricidad, método psicocinético, psicomotricidad.

SUMMARY

The theoretical framework of the psychokinetic method is proposed to apply it with preschool children once we return to in-person school life after the Covid 19 pandemic ends. Children who present motor instability develop intense activity. They constantly move without a specific purpose, they have difficulty relaxing, they start tasks that they do not finish before starting another. There are multiple treatments for these children, among them is psychomotor therapy. This article aims to theoretically demonstrate how the psychokinetic method works in problems of instability, through its action on attitudes and body movements, involving, not symptoms, but the total being. How the motor act is not an isolated process but, on the contrary, acquires significance with reference to the emerging behavior of the totality of the personality. Through the development of certain psychomotor skills, such as general motor coordination until reaching hand and eye-hand dexterity, global training and the organization of motor activity are facilitated. The psychokinetic method has been applied with primary school children; it is proposed for the preschool level with children who present motor instability, because strategies are developed for behavioral management, attention, following instructions, limits and rules, acceptance of himself, as well as a research activity.

KEYWORDS: motor instability, psychomotor instability, psychomotor, mastery in psychomotor skills, psychokinetic method, psychomotor skills.

RÉSUMÉ

Le cadre théorique de la méthode psychokinétique est proposé pour l'appliquer aux enfants d'âge préscolaire une fois que nous reviendrons à la vie scolaire en personne après la fin de la pandémie de Covid 19. Les enfants qui présentent une instabilité motrice dé-

veloppent une activité intense. Ils bougent constamment sans but précis, ils ont du mal à se détendre, ils commencent des tâches qu'ils ne terminent pas avant d'en commencer une autre. Il existe de multiples traitements pour ces enfants, parmi lesquels la psychomotricité. Cet article vise à démontrer théoriquement comment la méthode psychokinétique agit dans des problèmes d'instabilité, à travers son action sur les attitudes et les mouvements du corps, impliquant non pas les symptômes, mais l'être total. Comment l'acte moteur n'est pas un processus isolé mais, au contraire, acquiert une signification en référence au comportement émergent de la totalité de la personnalité. Par le développement de certaines compétences psychomotrices, comme la coordination motrice générale jusqu'à atteindre la dextérité main et œil-main, l'entraînement global et l'organisation de l'activité motrice sont facilités. La méthode psychokinétique a été appliquée avec des enfants du primaire; elle est proposée pour le niveau préscolaire avec des enfants qui présentent une instabilité motrice, car des stratégies sont développées pour la gestion comportementale, l'attention, le respect des instructions, des limites et des règles, l'acceptation de soi, ainsi qu'une activité de recherche.

MOTS CLÉS: instabilité motrice, instabilité psychomotrice, psychomotricité, maîtrise des habiletés psychomotrices, méthode psychocinétique, habiletés psychomotrices.

INTRODUCCIÓN

Es importante iniciar explicando que son varios los nombres que se han utilizado para referir a los pequeños que se pueden considerar con inestabilidad motriz, como: alta movilidad física, desequilibrio de la afectividad, exceso de expresión de emociones o cambios muy drásticos de humor, así como falta de inhibición, de atención y una necesidad constante de cambios, entre otros. Depende, en parte, de la nacionalidad de los especialistas, así los anglosajones denominan a este conjunto de síntomas hiperactividad o síndrome hiperkinético.

El referente en este artículo es la conceptualización de Julián de Ajuriaguerra, neurólogo español nacionalizado francés, quien es el primero en proponer la noción de inestabilidad motriz desde el punto de vista psicológico, motor y neurológico. Explica la inestabilidad motriz a partir de la sintomatología neurológica como sigue: “puede presentar un retraso ligero y es caracterizada por una movilidad intelectual y física extrema, hay desequilibrio en la afectividad, exceso de expresión de las emociones y ambivalencia en las reacciones” (239)[1], el niño “opera en cortocircuito, es decir de forma intuitiva y confusa”(240) [1]; “la memoria inmediata de datos concretos es buena pero no pueden ordenar hechos

en el tiempo”(240)[1], fracasan en los test que exigen una coordinación, una precisión y rapidez de movimientos, es decir todo aquello que exija esfuerzo de inhibición y organización (240) [1] .

El objetivo de emplear el método psicocinético, como medio de reeducación psicomotriz, es facilitar, en los niños en etapa preescolar en quienes es evidente la perturbación de la relación fundamental entre el yo y el mundo, desarrollar diferentes actividades, para que el niño sea capaz de ubicarse y actuar en un mundo en constante cambio.

El método psicocinético como el desarrollo del dominio sobre cierto tipo de situaciones por medio del entrenamiento de la iniciativa, la plasticidad y la espontaneidad, conduce a facilitar la adaptación, logrando así el desarrollo de capacidades, la modificación de actitudes personales y la integración grupal. Se organizan sinergias musculares para desplegar las praxias y se desarrollan ejercicios de coordinación óculo manuales para que el pequeño adquiera destreza y precisión en sus movimientos manuales. Al desarrollar el trabajo con la coordinación global del niño se fomenta un mejor autoconocimiento y aceptación de sí mismo para ajustar su conducta y mejorar su inserción en el ámbito social, así como promover la actitud de investigar frente a una tarea para cumplir con el propósito de activar la función en la coordinación global.

JUSTIFICACIÓN

La investigación aquí reportada surge como una necesidad de mi práctica docente. Práctica en la que me gusta innovar y responder a las necesidades más observadas en mi universo escolar y advierto también con gran entusiasmo que siempre ha sido así. La psicomotricidad me escogió....¿Pór que?...no lo sé¿Cómo?, desde mi tesis para titularme con Licenciada en Educación Preescolar titulada: “El desarrollo del esquema corporal a través del juego en los preescolares” hasta ahora que me estoy graduando de la Maestría en Psicomotricidad en CiES, proponiendo la aplicación y evaluación del método psicocinético en preescolar, que noto concuerda con la teoría de la pirámide del desarrollo de Alfonso Lázaro y Pedro Pablo Berruezo, sin olvidar las concordancias con Jean Le Boulch. De manera satisfactoria he podido apoyar el desarrollo psicomotriz de los pequeños a mi cargo, soy ahora psicomotricista y propongo integrar, de manera diferente a la educación preescolar tradicional, el método psicocinético que permite formar seres con conocimientos que incluyen la aceptación de sí mismos, con ajustes en sus conductas, autonomía e inicio de responsabilidades en la vida social; del cuerpo en movimiento a la cognición, la inteligencia, el aprendizaje, la emoción y la socialización.

Las tasas de matriculación escolar difieren según el tipo de deficiencia; así, los niños con deficiencias físicas suelen tener mejor suerte que los que padecen deficiencias intelectuales o sensoriales.

Las personas con pocos ingresos, sin trabajo o con poca formación académica tienen mayor riesgo de discapacidad. Los datos de encuestas, considerando múltiples indicadores, en los países seleccionados, ponen de manifiesto que los niños de las familias más pobres y los que pertenecen a grupos étnicos minoritarios presentan un riesgo significativamente mayor de presentar discapacidad. Quadratin reporta que,

la discapacidad motriz es de la más excluida del derecho a la educación (sólo 36 por ciento de la población de 3 a 17 años que padece este tipo de discapacidad asiste a la escuela en el nivel que corresponde a su edad). Michoacán se encuentra dentro de los ocho estados del país con mayor prevalencia de personas mayores de cinco años con algún tipo de discapacidad, la proporción de la población mayor de cinco años con discapacidad es de entre 8.2 y 9.3 por ciento (1)[4].

Con la aplicación del programa psicocinético se proyecta desarrollar la coordinación de los niños que reciben atención múltiple en el CAPEP Morelia 1 (Centro de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar), cuyas edades oscilan entre los 4 a 6 años. Contiene actividades para trabajar la relación entre el yo y el mundo donde el sujeto se puede orientar hacia el dominio de objetivos externos y otra vuelta hacia su propia actividad poniendo en juego la atención interiorizada y dirigiendo su conducta hacia el cumplimiento de los propósitos; en este caso el desarrollo de las praxis. Favorece inicialmente la coordinación dinámica general hasta llegar al desarrollo de destrezas manuales y coordinación ojo-mano. El trabajo corporal en los contenidos del aprendizaje escolar presenta la vivencia corporal para dar significado a los aprendizajes. Favorece a su vez a el lenguaje, que es uno de los procesos cognitivos más significativos en la etapa de educación infantil ya que se desarrolla a partir de otros aspectos básicos como la experimentación del propio cuerpo y del entorno más cercano, el control de sí mismo y la coordinación de los propios movimientos corporales.

INESTABILIDAD MOTRIZ

Es una conducta frecuente de observar en el salón de clases. Resulta ser el típico niño que está en constante movimiento, que nunca se está quieto y lo mismo pasa con los objetos de su entorno, no tiene permanencia con el objeto, “no deja nada quieto” dicen los padres. Se mete en problemas con sus iguales y su atención se muestra dispersa. La

etiqueta de hiperactivo es utilizada con ligereza para designar a estos niños en edades tempranas.

Es importante distinguir entre inestabilidad motriz y comportamiento explosivo, debido a que este último forma parte de la conquista del niño en el espacio, el niño así enfocado choca con el deseo de padres y maestros que quieren niños tranquilos y que les permitan estar más cómodos mostrando intolerancia a esta conducta evolutiva de todo niño.

La inestabilidad motriz tiene dos polos: “el motor y el de la capacidad de atención dando lugar el primero de ellos a la inestabilidad motriz (niño que mueve las piernas constantemente, mueve las manos, se toca el pelo, etc.) y el segundo la inatención donde el niño no mantiene atención visual, abandona la tarea” (20)[5].

En algunos niños se dan ambas formas, aunque en ocasiones una con más intensidad que la otra.

En el examen psicomotor de estos niños se encuentra además inestabilidad postural y reacción de prestancia hay variaciones en el tono muscular que oscilan entre inestabilidad con paratonias caracterizadas por un fondo de permanente tensión al que dan salida mediante la inestabilidad motriz y con un equilibrio tónico normal, se notan signos de emotividad como: temblor de manos, mirada inquieta y muy frecuentemente es asociada a problemas escolares y enuresis (34)[5].

En algunos niños la inestabilidad puede ser producto de situaciones emocionales y estresantes, como demandas escolares, situaciones postoperatorias, accidentes, divorcios, etc.

Puede manifestarse de forma aislada sin que haya un desequilibrio psicoafectivo y sin que estén afectados otros aspectos del desarrollo y por último en otros pequeños se presentan características psicopatológicas donde se presentan conductas de riesgo para él mismo o de otros donde el trabajo psicomotriz puede ser de gran ayuda promoviendo la competencia social y el ajuste afectivo, mejorar la calidad de sus interacciones desplegando estrategias educativas que permitan estimular los comportamientos positivos, reduciendo sus conductas impulsivas o inadecuadas. Facilitar la interiorización de límites, dar expresividad y significado al movimiento, conocer y controlar progresivamente el propio cuerpo para actuar cada vez con más autonomía y control de sí mismo (40) [5].

EL MÉTODO PSICOCINÉTICO

Es un método activo de educación que se utiliza como medio pedagógico y trabaja el movimiento humano en todas sus formas. Se educa de forma global teniendo en cuenta el comportamiento motor para restablecer la perturbación de la relación fundamental entre el yo y el mundo.

define su método como una ciencia del movimiento integrada dentro de las ciencias humanas que, aplicada a la educación, podría contribuir al desarrollo de las personas. Utiliza el movimiento para educar y nos plantea una ciencia del movimiento, de manera que sea el eslabón que unifique todos los conocimientos a adquirir por los estudiantes. Obrando sobre las actitudes corporales y los movimientos, interesamos al ser social, ya que el acto motor no es un proceso aislado y sólo adquiere significación en relación con la conducta de la personalidad integra (95) [6].

Es un método psicomotriz de carácter vivenciado, en contraposición a otros métodos dirigidos, donde las actividades propuestas tienen unos objetivos muy concretos. Este carácter de educación vivenciada hace que el movimiento y la acción sean los principales elementos con los que cuenta el niño para su desarrollo global. Es una forma de pedagogía por descubrimiento donde el estudiante a través de su expresión motora interioriza el aprendizaje.

Esta acción repercutirá globalmente en el individuo pues unifica la experiencia corpórea, la intelectual, la personal y es a través de la experiencia vivencial como el niño tomará conciencia real de su propio ser, de su equilibrio, control corporal, coordinación, esquema corporal y la estructuración espacio-tiempo y como consecuencia de todo ello una mejor integración social.

Tiene como finalidad ser un medio pedagógico utilizando el movimiento humano en todos los aspectos y las formas, así mismo constituye un importante medio de prevención en los problemas de inadaptación escolar. Para este método todo lo que un niño puede aprender está determinado por sus experiencias vitales, ya que el niño establece relaciones entre ellas. Además, se privilegia el trabajo en equipo ya que esta organización permite que el niño interactúe con sus pares y favorezca la socialización.

Otra característica destacable de este método es la de añadir intencionalidad al movimiento entendiéndolo como un acto que tiene repercusión en el medio.

el objetivo de la educación, debe dirigirse a propiciar el desarrollo de la persona de manera que esta pueda situarse y actuar en un mundo en constante cambio. Con el fin de alcanzar este objetivo fundamentalmente dirige la pedagogía hacia un conocimiento más amplio y mayor aceptación de sí mismo, una mejora de la conducta, una autonomía real y la responsabilidad por la pertenencia a la vida en sociedad (35) [7].

La etapa infantil ha adquirido en los últimos años una relevancia considerable, concediéndole unas características muy definitorias y tomándola como base para la educación de los futuros miembros de una sociedad en constante transformación. En esta determinante etapa son los métodos psicomotrices, la educación vivencial y el aprendizaje por experiencias los que se erigen como medios más eficaces para la preparación de los alumnos.

Es a través del movimiento como el niño organiza mentalmente el mundo. A partir de su propia motricidad va adquiriendo nociones corporales, espaciales, temporales, de lateralidad, de comunicación, interioriza sus destrezas necesarias para el aprendizaje a través de conductas motrices y perceptivo – motrices.

Los pequeños reconocen en sus cuerpos uno de los medios principales de relación con los demás y con el mundo. Por eso es necesario incorporar metodologías basadas en el movimiento y la experiencia en estos primeros años de escolaridad, donde la relación que existe entre lo motor y lo intelectual es tan amplia.

Durante estos primeros años los niños no pueden interiorizar los conceptos a partir de las explicaciones verbales, sino que tienen que manipular los objetos para obtener información de ellos. Por este motivo se deben potenciar enseñanzas basadas en el equilibrio, las imágenes motrices, para irlo llevando hacia la acción y la experimentación.

EL TRABAJO CON EL MÉTODO PSICOCINÉTICO EN CAPEP

Es importante realizar trabajos encaminados a favorecer el desarrollo integral de los pequeños en los jardines de niños de la ciudad de Morelia Michoacán, pues cada año son canalizados un importante número de niños preescolares que son etiquetados prematuramente por sus padres y maestros como hiperactivos y que a su corta edad ya han pasado por atención de varios jardines de niños y guarderías debido a que las escuelas inician a incluir a estos pequeños y los padres en su interés por buscar la mejor atención para sus hijos pasan de una a otra escuela.

Muchas de las veces estos trastornos afectan el sentimiento de ser sí mismos de los niños, y son etiquetados por sus compañeros o familiares. Los niños muestran baja autoestima y falta de motivación para realizar las actividades. Es a través de la psicomotricidad que el niño encuentra el apoyo y atención que requiere, la que acompaña los procesos de los niños, encauza las actividades y favorece la coordinación y la valoración de sí mismos, junto con las destrezas motoras necesarias para un conveniente desarrollo de los pequeños.

Los especialistas con título en el área de psicomotricidad son pocos en el país, así como en Morelia Michoacán, razón por la que se hace necesaria la innovación en la práctica pues el área de trabajo es amplia, variada y como profesional de la psicomotricidad es mandatorio atender las necesidades de los pequeños de CAPEP, que muestran necesidades de aprendizaje casi siempre ligadas a aspectos emocionales y es un apoyo para el área de psicología que cada año se ve rebasada para atender la demanda de atención, así como también el área de lenguaje, debido a que la psicomotricidad aborda al niño desde una consideración global.

Es importante mencionar también que no se encuentran investigaciones del método psicocinético en preescolar, más bien es utilizado en nivel primaria, pero atendiendo como ya se mencionó a la innovación en la práctica, se plantea este trabajo en el nivel de CAPEP debido a que es importante rescatar y desarrollar una educación integral del niño con necesidades especiales y es a través de la formación de habilidades, entendiendo esta como el desarrollar el dominio sobre las situaciones por medio del entrenamiento de la iniciativa, la plasticidad y la espontaneidad que conducirán a facilitar la adaptación, logrando así el desarrollo de la coordinación, la modificación de actitudes personales y la integración grupal.

Los niños se convierten en investigadores frente a una tarea para cumplir con el propósito de activar la coordinación global, organizar sinergias musculares para la estructuración de las praxias y desarrollar ejercicios de coordinación óculo manual para que adquieran destreza y precisión en sus movimientos manuales; permite al docente llevar a cabo una práctica más humanizada, realizando una formación basada en las necesidades e intereses de sus alumnos; así su práctica no es sólo basada en la cognición e inteligencia, ni sólo en el desarrollo de contenidos y estrategias, sino más bien en sostener desde el equilibrio motriz hacia la creatividad y los procesos que los alumnos requieren.

EL PAPEL DEL PSICOMOTRICISTA CON EL MÉTODO PSICOCINÉTICO

Toda acción educativa y fundamentalmente las referidas a una intervención de carácter psicomotriz, propician un ambiente de seguridad y de estabilidad emocional. El carácter, la predisposición, la formación y la personalidad del docente son de fundamental importancia en este sentido. Sagrañes (40)[5] nos dice que:

la interacción alumno – maestro es un factor esencial para que se produzca un desarrollo y aprendizaje eficaz. De ahí que conceda una especial importancia a las actitudes del docente, destacando tres características que debe de poseer:

1.-Confianza: los niños deben sentirse confiados y los maestros tendrán que transmitir confianza a los alumnos a través de su expresión, de su forma de comunicarse y la forma de organizar el aula.

2.- Respeto: Debe mostrarse receptivo y respetar al alumno, mostrando interés por su evolución, debe preocuparse por todos los aspectos que involucren al niño de manera individual y mostrar sensibilidad ante los descubrimientos y sus ritmos de aprendizaje.

3.-Observación: se debe tener una actitud de observación, de atención, de escucha hacia las acciones y manifestaciones de los alumnos.

El profesional en psicomotricidad conoce extensamente los ciclos evolutivos y los niveles de desarrollo de sus alumnos, sus motivaciones y deseos. Tendrán que dejar un margen de libre actuación al alumno, facilitándole la propia iniciativa y la libre expresión. Pero no por ello deja de conducir y organizar las situaciones educativas. En base a esta organización pedagógica, tiene en cuenta una serie de estrategias en relación con el tiempo, los materiales, el espacio y la dinámica grupal.

Quien decide realizar estas sesiones esta dispuesto a renovarse, a profundizar en nuevas teorías que incidan en su práctica y muy importante, practica el conocerse a sí mismo desde el cuerpo en movimiento.

FUNDAMENTOS PEDAGÓGICOS DEL MÉTODO

El objetivo del método psicocinético es favorecer el desarrollo y lograr un hombre capaz de ubicarse y actuar en un mundo de transformación por medio del conocimiento y aceptación de sí mismo, ajustes creativos de su conducta, auténtica autonomía y acceso a responsabilidades en el marco de la vida social.

Implica desarrollar el dominio de situaciones por medio del entrenamiento de la iniciativa, plasticidad, espontaneidad que conducirá a facilitar la socialización.

Es importante suscitar la actividad espontánea del alumno apoyándose en sus necesidades, pues lo impulsará a desplegar todos sus recursos con miras al logro de un objetivo de acuerdo a sus necesidades.

Por intermedio de su acción sobre actitudes y movimientos corporales, el método abarca al ser en su totalidad, puesto que el acto motor no es un proceso aislado y por el contrario, solo adquiere significación con referencia a la conducta emergente de la totalidad de la personalidad (25)[7].

Una intervención psicocinética nos obliga a conocer de manera amplia y precisa, los procesos evolutivos que experimenta el cuerpo durante los primeros años del niño y fundamentalmente durante la etapa que ocupa la educación infantil. El nivel del desarrollo por medio de la pirámide de Alfonso Lázaro y Pedro Pablo Berruezo facilita ubicar inicialmente al niño para proceder al trabajo con el método psicocinético. La evaluación propone un modelo piramidal, donde se describen las diferentes adquisiciones del desarrollo iniciando con la maduración de sistemas sensoriales hasta la consecución de la conducta adaptativa, facilitando la descripción de las transiciones hacia los objetivos del método psicocinético.

Hablar de una pirámide obedece a la idea de que las capacidades del ser humano están dispuestas en capas o estratos de manera tal que, si existen dificultades en una capa superior, necesariamente hay que reforzar la inmediatamente inferior y, así sucesivamente, hasta lo más básico.

Para fines específicos de este programa se consideran el desarrollo perceptivo-motor que abarca de los 3 a 6 años. que se encuentra en el quinto nivel que acoge la Imagen corporal; la coordinación visomotriz; la percepción del propio cuerpo; y el ajuste y control postural. El sexto nivel que despliega las destrezas del lenguaje, las habilidades para el juego simbólico y el control de la atención. El séptimo nivel que se compone por la organización espacial y la estructuración espaciotemporal. La edad de los 3 a los 6 años se considera aquella en la que se producen los cambios más profundos en todos los planos conceptuales; razón por la que a través de este método psicomotriz, la vivencia, la acción, los principios de globalización y evolución madurativa se construye en una propuesta didáctica de carácter lúdico con un alto contenido motivacional para los alumnos.

Una propuesta basada en la absoluta creencia de la dualidad humana, que ofrece una serie de estrategias útiles para el desarrollo tanto físico como cognitivo de los escolares, logrando una completa educación desde la etapa infantil y que utiliza el movimiento como eje central de la educación.

En la siguiente imagen se ejemplifica dicha pirámide. La base o zócalo se conforma por la estructura que da sentido a todo el Sistema Nervioso Central y específicamente el cerebro y desde esta base se establecen, en orden ascendente las siguientes fases (Lázaro,A. (16)[8]



A continuación se describen indicadores esenciales para la estructuración del trabajo con el método psicocinético en preescolar que a la vez algunos son evaluados directamente por la pirámide del desarrollo.

IMÁGEN CORPORAL: Los autores arriba mencionados la definen como “una noción referida a las sensaciones, información o experiencias estructuradas por el cuerpo mismo según las aferencias sensoriales y los componentes emocionales y sociales” (24)[8].

COORDINACIÓN VISOMOTRIZ: “Es la capacidad que tiene el cuerpo para aunar al trabajo de diversos músculos con la intención de determinar acciones” (24)[8]. Según Le Boulch:

La coordinación se construye sobre la base de una adecuada integración del esquema corporal, fundamentalmente del control tónico-postural y su implicación en las reacciones de equilibración y la vivencia de las diferentes partes del cuerpo a través de su movilización. Resulta necesaria para organizar las posibilidades de acción, para ubicarse entre los objetos y el cuerpo, pues permite el paso de la percepción y orientación en el espacio a la estructuración del espacio. Es importante también el adecuado desarrollo del ajuste postural que apoyará los factores de ejecución como el tono y la flexibilidad favoreciendo la postura habitual y el adecuado equilibrio que llevará a un ajuste motor en la coordinación motriz general que implicarán la coordinación simultánea con el dominio de factores de la ejecución como la fuerza muscular y de la habilidad manual que implica: destreza de manos y coordinación en ojo - mano (56)[6].

PERCEPCIÓN DEL PROPIO CUERPO: “Se inicia en esta etapa y nunca acaba de completarse ya que siempre es posible acceder a un grado más alto de percepción corporal y efectuar una primera percepción de su propio cuerpo” (25)[8].

CONTROL POSTURAL: se observan diferentes grados de control postural. Se habla de ajuste espontáneo y global para indicar que se trata de acciones que ya están automatizadas en niveles bajos cerebrales, sobre todo, cerebelosos y, que, por tanto, surgen sin pensar, sin prestar atención específicamente al movimiento que surge melódico y se adapta a las diferentes situaciones cambiantes del medio (26)[8].

DESTREZAS DEL LENGUAJE: El ser humano nace con una predisposición genética para adquirir el lenguaje, el cerebro se encuentra preparado desde muy pocos meses para procesar sonidos de su lengua materna existen períodos críticos para el aprendizaje del lenguaje o ventanas del desarrollo en las que el cerebro tiene que estar expuesto a los sonidos del medio producidos por otros humanos. De no ser así, el lenguaje humano no se adquiere o su adquisición presenta innumerables dificultades (26) [8].

HABILIDADES DE JUEGO SIMBÓLICO: Es en el nivel de preescolar donde el juego de imitación de papeles, juego protagonizado o juego simbólico conforman una parte importante del desarrollo cultural del niño. Se trata entonces de una actividad social por excelencia, y constituye un microcosmos en el que están claramente reflejadas las características del pensamiento y la emocionalidad infantiles (28) [8].

CONTROL DE LA ATENCIÓN: La atención constituye la puerta de entrada a los niveles superiores de la actividad psíquica y su control requiere un proceso sistemático de entre-

namiento que tiene que empezar desde el primer año de vida y tiene que ver con los procesos motivacionales, sobre todo con la motivación intrínseca, en la que el individuo permanece íntegramente vinculado a la acción que está realizando, totalmente absorto en la tarea (28)[8].

ORGANIZACIÓN ESPACIAL: resulta básica en la construcción del tiempo y constituyen la trama fundamental de la lógica del mundo sensible, las relaciones que se establecen entre los objetos, las personas, las acciones o sucesos configuran el mundo y su esencia. La construcción del espacio sigue, en principio, el desarrollo de los procesos posturales y motores del niño (29)[8].

ESTRUCTURACIÓN ESPACIO - TEMPORAL: El tiempo no lo podemos percibir directamente y su conquista será lenta y larga. El niño y la niña no pueden entender el tiempo más que mediante la ayuda del espacio y es en la etapa preescolar en dónde se asocian los estímulos sonoros a una realización motriz y así el niño llegará a expresar su propio tiempo, es decir, su tiempo espontáneo, la manera de adecuarse al tiempo que pasa (29) [8].

CONCLUSIONES

Dentro de mi práctica docente cada ciclo escolar en CAPEP es frecuente observar en el salón de clases, al típico niño que está en constante movimiento, es decir que nunca se está quieto y lo mismo pasa con los objetos de su entorno, no tiene permanencia con el objeto no deja nada quieto dicen los padres, se mete en problemas con sus iguales y su atención se muestra dispersa. Razón por lo que son canalizados a nuestro servicio. La etiqueta de hiperactivo es utilizada con ligereza para designar a estos menores en edades tempranas, etiqueta que los mismos niños reconocen para sí mismos y que casi siempre los marca durante su vida escolar, situación, que a nadie le gusta pues afecta su autoestima, así como la motivación para realizar las actividades. Es importante el apoyo del profesional en psicomotricidad a padres y docentes para aprender a distinguir entre inestabilidad motriz y comportamiento explosivo saludable.

Este trabajo resulta ser teórico en estos momentos debido a que estamos inmersos en una pandemia que imposibilita las sesiones escolares presenciales, nuestro actuar ante los grupos es a través de la virtualidad de una computadora o un teléfono celular donde niños -padres y docentes desplegamos las actividades escolares. Época que está ocasionando malestar en los niños ya que al estar resguardados en casa extrañan ya la escuela, la maestra, los compañeros, los juegos.

El método psicocinético como medio pedagógico en preescolar, diferente a métodos de aprendizaje habituales, se propone eficaz, puesto que utiliza al cuerpo en todas sus formas y por intermedio de la acción sobre actitudes y movimientos corporales, abarca al ser global, pues el acto motor no es un proceso aislado y por el contrario adquiere significación con referencia a la conducta emergente de la totalidad de la personalidad.

Es significativo el uso de la formación, entendiendo esta como el desarrollo del dominio sobre cierto tipo de situaciones por medio del entrenamiento de la iniciativa, la plasticidad y la espontaneidad que conduce a facilitar la adaptación, logrando así el desarrollo de capacidades, la modificación de actitudes personales y la integración.

BIBLIOGRAFÍA

[1] AJURIAGUERRA, J.(1977). Manual de psiquiatría infantil. España: Masson,1996

[2] HÉRNANDEZ, L (2021). Censo 2020: 16.5% de la población en México son personas con discapacidad [dis-capacidad]. Fecha de consulta 2019-10-16. Disponible en: <https://dis-capacidad.com/>

[3] OSTROSKY, F. (2017). El trastorno por déficit de atención, problema de salud que afecta el desarrollo y calidad de vida, [Boletín UNAM-DGCS-867, 1]. Fecha de consulta 2019 -10 25. Disponible en: <https://www.dgcs.unam.mx>

[4] CELAYA, O. (2021). Michoacán, con mayor prevalencia de personas con discapacidad [Quadratin]. Fecha de consulta 2019-10-27. Disponible en:<https://www.quadratin.com.mx/politica/michoacan-con-mayor-prevalencia-de-personas-con-discapacidad/>.

[5] SUGRAÑES, E. (2007). La educación psicomotriz (3-8 años). Cuerpo, movimiento, percepción, afectividad: una propuesta teórico – práctica. España: Grao, 2015

[6] LE BOULCH, J. (1992). Hacia una ciencia del movimiento humano. Introducción a la psicokinética. España: Paidós, 1992.

[7] LE BOULCH, J. (1992). La educación por el movimiento en la escuela primaria. Buenos Aires: Paidós,1992.

[8] LÁZARO, A. (2009). La pirámide del desarrollo humano The pyramid of the human development. [Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales] ISSN: 1577-0788. Número 34. Vol. 9 (2). Páginas 15-42: Fecha de consulta: 2021-04-21. Disponible en: <http://iberopsicomotricidadum.com/>

LA FAMILIA COMO PARTE DEL PROCESO TERAPÉUTICO EN LA INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ

BLANCA ROMERO MARTÍNEZ

Licenciada en Psicología Educativa por la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Maestra en Psicomotricidad por el Colegio Internacional de Educación Superior, Terapeuta en consulta privada.

Recepción: 20 septiembre 2023/ Aceptación: 19 noviembre 2023

RESUMEN

El Método Vivencial de B. Aucouturier a partir del movimiento, del juego libre y espontáneo promueve la expresión de la afectividad, en donde el cuerpo es el principal instrumento, mediante el que se establece el diálogo tónico emocional en la relación con el otro. Por lo que se propone involucrar en el tratamiento a la familia de niños con alguna discapacidad con la finalidad de ayudar a establecer una interacción entre padres e hijos o hermanos, ya que existen ocasiones en que la discapacidad del niño propicia el rechazo inconsciente o dificultad para interactuar con él al no saber cómo tratarlo. De esta manera se favorece que la familia logre relacionarse de manera distinta y ver al niño con otra mirada.

PALABRAS CLAVE: desarrollo psicomotor, discapacidad, familia, intervención, maestría en psicomotricidad, movimiento emocional, psicomotricidad, terapia.

SUMMARY

B. Aucouturier's Experiential Method, based on movement, free and spontaneous play, promotes the expression of affectivity, where the body is the main instrument, through which the tonic emotional dialogue is established in the relationship with the other. Therefore, it is proposed to involve the family of children with a disability in the treatment in order to help establish an interaction between parents and children or siblings, since there are times in which the child's disability leads to unconscious rejection or difficulty in interact with him by not knowing how to treat him. In this way, it helps the family to relate in a different way and see the child with a different perspective.

KEY WORDS: psychomotor development, disability, family, intervention, master's degree in psychomotor skills, emotional movement, psychomotor skills, therapy.

RÉSUMÉ

La Méthode Expérientielle de B. Aucouturier, basée sur le mouvement, le jeu libre et spontané, favorise l'expression de l'affectivité, où le corps est l'instrument principal, à travers lequel s'établit le dialogue émotionnel tonique dans la relation à l'autre. Par conséquent, il est proposé d'impliquer la famille des enfants handicapés dans le traitement afin d'aider à établir une interaction entre les parents et les enfants ou les frères et sœurs, car il y a des moments où le handicap de l'enfant conduit à un rejet inconscient ou à des difficultés d'interaction avec lui, en ne sachant pas comment le traiter. De cette façon, cela aide la famille à établir des relations différentes et à voir l'enfant sous un angle différent.

MOTS CLÉS: développement psychomoteur, handicap, famille, intervention, master en psychomotricité, mouvement émotionnel, psychomotricité, thérapie.

INTRODUCCIÓN

La familia cumple una función socializadora, la de configurar las pautas básicas de la personalidad de un sujeto en un todo, de acuerdo a las nociones ideológicas que el sistema elabora. Ejerce un papel fundamental en el desarrollo del ser humano, en su seno, además de proveer lo necesario para cubrir las necesidades afectivas y básicas, también se le prepara para insertarse en la sociedad. La afectividad del niño está dirigida en la misma dirección de quienes satisfacen sus necesidades y le dan protección.

Sin embargo existen diversas circunstancias que provocan que la función de la familia se vea alterada, con consecuencias nocivas para el niño. Una de ellas es la enfermedad o la discapacidad con la que nace o desarrolla en alguna etapa de su vida, que genera desequilibrio en el sistema familiar, expectativas no cumplidas, experiencia traumática, culpa, negación de la gravedad de la situación. Los padres se tienen que enfrentar a su familia y a la sociedad, necesitan tomar decisiones sobre tratamientos médicos, redefinir los roles. Este proceso requiere que la adaptación de la familia se pueda dar en un equilibrio con la discapacidad lo que conlleva un proceso de duelo hasta la aceptación.

La psicomotricidad ha cobrado una gran importancia en la salud del ser humano. En un principio fue empleada en los trastornos psicomotores; actualmente puede ser utilizada como educación psicomotriz, reeducación psicomotriz y terapia psicomotriz. Cuenta con distintos métodos, técnicas e instrumentos para permitir el desarrollo armónico e integral

de la persona, el tratamiento de los trastornos psicomotores y psíquicos, así como la optimización del aprendizaje.

A través del programa de intervención psicomotriz basado en el Método Vivencial de Aucouturier, se promueve la integración de la familia en el tratamiento terapéutico del niño, pues mediante la interacción, la mirada y la escucha, los padres logran comprender y aceptar la discapacidad de su hijo, así como contribuir para alcanzar los objetivos de la terapia, que beneficie en gran medida el desarrollo psicomotor del niño.

LA FAMILIA COMO CUNA DE DESARROLLO DEL SER HUMANO

El afecto de los padres desde la planeación para procrear y la concepción es primordial en el desarrollo del ser humano; pues de su deseo, depende la aceptación, la responsabilidad, el cuidado y la calidad de vida que le otorgarán en su vida futura; de la misma manera, influyen las expectativas, entre las que se encuentran la preferencia por el sexo, habilidades y capacidades que posea, la educación que le darán e incluso, su profesión.

Un embarazo no siempre es planeado o deseado, lo que puede ocasionar secuelas emocionales en el infante y a su vez afectar su desarrollo psicomotor.

Existen signos de alarma en el recién nacido, como: la herencia genética, la salud de los padres, la alimentación, alteraciones de la madre durante el embarazo tanto emocionales como físicas, exposición a agentes teratógenos como alcohol, drogas o tabaco, de cualquiera de los dos progenitores. Ingesta de medicamentos, infecciones, complicaciones durante el parto; enfermedades, accidentes, desnutrición o traumatismos en la etapa postnatal; mismos que pueden propiciar que el desarrollo del nuevo ser se vea alterado por daño neurológico, trastornos psicomotores, trastornos de crecimiento, trastornos de aprendizaje, enfermedades congénitas, físicas o psicológicas. “En la actualidad se estima que la mayoría de las secuelas tienen su origen en la etapa perinatal; esto ocasiona que el daño neurológico que las produce se asocie exclusivamente con la patología de esta etapa, lo que puede ser considerado como riesgo para daño. En este sentido, los riesgos para daño neurológico son clasificados conforme se trate de patología propia de la madre, o si se presenta durante la etapa gestacional, del parto o neonatal” (3)[1].

De acuerdo a la corriente psicoanalítica, el psiquismo del individuo se forma a partir de su nacimiento, así como durante los primeros años a través del vínculo afectivo que se efectúa con la madre, el padre y el infante, el que contribuye en la formación de la personalidad, y sienta las bases de sus relaciones interpersonales “los más pequeños revelan hasta qué punto se encuentran dominados por el mundo objetal, es decir, la medida en que el

ambiente llega a influir para determinar su conducta y su patología, tales como las actitudes protectoras o de rechazo, cariñosas o indiferentes, críticas o de admiración de los padres, así como la armonía o discordia en la vida matrimonial de los progenitores” (45)[2].

Para alcanzar el desarrollo psicomotor de manera óptima, es necesario un ambiente facilitador, mismo que debe ser proporcionado por los padres. El crecimiento físico, el aprendizaje del lenguaje, la actividad motora, la creatividad, el descubrimiento social, son primordiales por lo que se debe favorecer el desarrollo cognitivo y afectivo del niño.

Diversos autores sostienen que la primera relación objetal es del bebé con la madre, quien cumple con la función de sostenimiento, abrazo, contención, además de suplir las necesidades básicas, sin menoscabar el papel del padre, quien es integrado en esta relación como la figura de autoridad o ley.

Se ha observado que en ocasiones, cuando los niños presentan algún tipo de enfermedad o discapacidad, los padres pueden sufrir una decepción y frustración, al darse cuenta de que sus expectativas no se cumplieron; además la familia tiende a modificar sus proyectos de vida, con un cambio drástico en todos los ámbitos; Sassano y Bottini refieren a Mila que “todo sujeto humano es un emergente de su vida familiar, tanto en salud como en enfermedad, cada uno de ellos como emergentes del funcionamiento del grupo familiar, son sujetos pasibles de convertirse en depositarios y-o depositantes de las ansiedades y conflictos del grupo familiar. Al asumir este rol se convierten en denunciadores de una situación distorsionada (patológica) transindividual” (119)[3].

LA FAMILIA ANTE LA DISCAPACIDAD O ENFERMEDAD

Desde que los padres tienen sospechas sobre algo que no está bien con sus hijos y deciden buscar ayuda especializada, hasta llegar a un diagnóstico, empiezan a sufrir un proceso de duelo por la posible enfermedad o discapacidad, que los lleva a sentirse atrapados ante la angustia de lo que implica.

“Los trastornos de comportamiento de un hijo provocan situaciones a menudo insostenibles para los padres, que viven su dificultad para manejarla según sus deseos como una herida narcisista y sufren por su impotencia y también por la culpabilidad de tener sentimientos negativos respecto a su hijo, que en estos casos se transforma en el síntoma del sufrimiento de los padres” (245)[4].

La intervención de los padres para atender al niño de manera oportuna es necesaria para poder subsanar y favorecer el desarrollo biológico, psicológico, social y espiritual por me-

dio del amor, respeto y dignidad como ser humano. Sin embargo, durante el tratamiento terapéutico, en ocasiones presentan resistencias, delegan en el especialista la recuperación de sus hijos, no se involucran, boicotean las terapias o no efectúan las actividades necesarias para ayudar al tratamiento de sus hijos.

Existen casos en que los padres se enfocan en el hijo con discapacidad, se centran en los tratamientos especializados, les dedican gran parte de su tiempo y/o dinero; la atención que brindan a sus otros hijos se ve reducida, por lo que éstos aprenden a ser independientes antes de tiempo en sus actividades de autocuidado, tareas escolares; también les delegan otras responsabilidades del hogar o incluso el cuidado del hermano enfermo, instándolos a renunciar a ciertas actividades por darle prioridad al hijo con discapacidad.

Los hermanos albergan diferentes sentimientos, entre otros, se sienten abandonados o relegados por sus padres, experimentan sentimientos ambivalentes hacia su hermano que fluctúan entre el enojo, rivalidad y amor. Estos conflictos internos los manifiestan a través de agresividad física o verbal, rebeldía, signos de depresión o ansiedad.

Para mitigar las dificultades en la dinámica familiar y así poder brindarle atención oportuna y de calidad al niño con alguna enfermedad o discapacidad, que promueva su correcto desarrollo psicomotor dentro de sus posibilidades, se propone la inclusión de la familia en la intervención terapéutica a través del Método Vivencial Aucouturier para que los padres tengan la posibilidad de coadyuvar en el tratamiento, logren fortalecer los lazos afectivos, así como la aceptación de la enfermedad o discapacidad de su hijo.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN PSICOMOTRICIDAD BASADO EN EL MÉTODO VIVENCIAL RELACIONAL AUCOUTURIER

El método tiene fundamentos teóricos como los de Piaget, S. Freud, J. Lacan, D. Winnicott, Julian de Ajuriaguerra, F. Dolto, H. Wallon.

Sassano y Bottini hacen referencia a Lapierre (2002), quien sostiene: “Las vivencias que aparecían en los cursos (de formación de psicomotricistas) eran necesarias entenderlas, preguntar a los psicoanalistas y psiquiatras. Recurrimos a Freud, Klein, Winnicott, Lacan y otros, pero no hemos tomado a Freud como inicio, sino que hemos llegado a él partiendo de la experiencia corporal. Para nosotros es la práctica que se impone y que requiere que la teoría se adapte” (111)[3].

El programa de intervención psicomotriz basado en el método vivencial relacional de Aucouturier, trabaja a través del juego, parte de una pedagogía no directiva, dando prioridad

a la acción espontánea del infante para favorecer su expresividad psicomotriz. Está planteada como la manera de ser y de estar, original y privilegiada, del niño en el mundo, en donde se favorece la comunicación, privilegiando la escucha y las propuestas del niño sean tomadas en cuenta y valoradas (49)[5].

Esta práctica tiene como objetivo la maduración psicológica del niño a través de la vía corporal y el movimiento. Favorece el desarrollo armónico de la persona en conjunto con los procesos de crecimiento y de desarrollo de la identidad, utilizando el juego espontáneo, el movimiento, la acción y la representación como maneras por las que los niños conquistan el mundo, expresan sus emociones, su vida afectiva profunda y su mundo de fantasía.

Desde un enfoque que no es directivo, propicia la posibilidad de atender las demandas más profundas del niño, quien se siente aceptado, valorado y respetado. La tarea del psicomotricista es planear la estructura, el espacio, los tiempos, los materiales que se emplearán con el enfoque en las necesidades del niño; sin embargo, las actividades que suceden no son programadas, sino que surgen de la propia actividad espontánea de los niños. El motor de la acción y el origen del deseo que impulsa el movimiento es fundamental para esta metodología.

En la psicomotricidad, el cuerpo desempeña una tarea fundamental, pues se mueve, siente, se relaciona con el Otro; por lo que permite esa interacción entre padres e hijos, a través de poder sentirse, tocarse, olerse, fortaleciendo el diálogo tónico emocional. En relación a la imagen corporal se encuentra todo lo que se origina a partir de las relaciones que el niño establece con su entorno: el surgimiento de las emociones, de las pulsiones, del deseo o del nacimiento de la vida inconsciente, fantasmática, imaginaria. El cuerpo es considerado por Lapierre y Aucouturier como una unidad que contempla lo físico, biológico y anatómico.

En la terapia psicomotriz, el tono es fundamental, ya que es la tensión muscular necesaria para mantener diferentes posturas, supone el fondo sobre el que surgen las contracciones musculares y los movimientos, es responsable de toda acción corporal. Wallon sostiene que el tono está estrechamente relacionado con la emoción. Se va construyendo con las primeras relaciones afectivas a través del contacto corporal y en la manera en que el bebé es sostenido y contenido.

Ajuriaguerra y Wallon emplean el diálogo tónico-emocional para referir la dinámica de comunicación que se genera en esas primeras relaciones afectivas, como un proceso de ajuste en continua evolución y transformación.

El diálogo tónico-emocional que se produce en las primeras relaciones es esencial para el tipo de apego que se genere. También supone el fundamento de toda comunicación y crecimiento posterior, para que el desarrollo de la personalidad y del pensamiento se lleve a cabo de manera favorable o de manera adversa, propicie el origen de trastornos del comportamiento, inestabilidad psicomotriz, alteraciones de la comunicación y/o de la personalidad

De la misma manera, el movimiento es la base del desarrollo motriz del niño. El método de Aucouturier se basa en la expresividad motriz, la que se puede contemplar a través de las posibilidades motrices: movimiento, posturas, tono, equilibrio y coordinación. Así mismo, es la forma en que el niño muestra su forma de ser, estar, sentir, decir y pensar. Está conformada por la historia afectiva, el entorno y el contexto sociocultural.

El aspecto afectivo-relacional se refleja en las vivencias del niño en relación con el espacio, los materiales, con otros niños y consigo mismo. El referente cognitivo se observa en la forma en que organiza, estructura, elabora y representa dichas vivencias.

Las primeras estructuras de pensamiento, los primeros recuerdos de placer y displacer, los primeros esbozos de simbolización y las primeras fantasías, es decir, lo que se va estructurando a nivel interno en la primera infancia se manifiesta primordialmente a través del movimiento y de la expresividad corporal.

El programa de intervención ofrece la posibilidad de dar orientación a los padres para poder ayudarles a contribuir en el tratamiento del niño en un ambiente seguro y en armonía. Es importante señalar que no en todos los casos es prudente la inclusión de las familias, lo que se puede determinar a partir de la evaluación, la entrevista clínica, los reportes escolares, las conductas manifiestas, así como la observación durante el desarrollo de la intervención, en donde se podrá identificar la necesidad de integrar a la familia en el tratamiento, en el caso de que se detecte que los niños expresen la necesidad y el deseo de interactuar más con sus padres y/o hermanos, fortalecer los lazos afectivos, mejorar la comunicación; lo que en sus hogares no sucede, a pesar de las orientaciones que reciban de parte del especialista. Otro elemento importante para la inclusión de las familias es que adquieran habilidades mediante la identificación con el psicomotricista que favorezcan el

desarrollo psicomotor del niño con discapacidad para que la efectúen en casa, con la finalidad de optimizar el tratamiento.

Para lograr un patrón de desarrollo normal, aun tratándose de un niño con problemas, el primer paso es lograr una buena relación con sus padres. Ésta debe basarse en la aceptación y comprensión de la situación especial que les toca vivir. Debe detectarse y trabajar sobre la percepción que los padres tienen sobre su hijo desde que nace. Es importante que encuentren en el terapeuta en quién apoyarse para recuperar sus esperanzas perdidas, para aprender a satisfacer las demandas de su hijo.

La intervención permite identificar y reconocer el progreso del niño, tras un análisis de la situación basándose en su desarrollo afectivo y social, así como en su desarrollo sensorio-motor, perceptivo y cognitivo.

EL JUEGO

Autores como Piaget, Wallon, Winnicott, Calmels, le confieren al juego una gran importancia en la vida del infante. A través de la estimulación se favorece el desarrollo psicomotor, del lenguaje y del pensamiento, así como las funciones superiores de la inteligencia; cumple una función socializadora, promueve la expresión de conflictos internos, desarrolla sentimientos de confianza y seguridad. Winnicott señala que a partir del juego se establece una relación de confianza entre la madre y el bebé; los primeros juegos en la vida del ser humano tienen lugar con la madre (72)[6].

El juego comienza a formarse a partir de las sensaciones corporales que desde el nacimiento se mezclan con la relación que proviene de la relación con su mamá. Por ello es importante el contacto corporal, ya que llevará al niño a conocerse a sí mismo. El juego permite desplazar al exterior, miedos, angustias y demás situaciones internas, dominándolas mediante la acción “el juego espontáneo, el cual es la puerta abierta a la creatividad sin fronteras, a la libre expresión, el descubrimiento y la exploración a nivel imaginario, simbólico y al desarrollo de la comunicación” (99)[7].

EL PAPEL DEL PSICOMOTRICISTA

El principal instrumento de trabajo del psicomotricista es su cuerpo, con el que genera una comunicación verbal y no verbal, contiene y sostiene. Por esta razón es que a lo largo de su profesión debe estar en formación teórica, formación corporal específica, proceso psicoterapéutico personal y supervisión. Toda vez que su historia de vida, sus afectos y

vivencias personales se pueden reflejar en el proceso terapéutico de su paciente si no ha identificado su propia problemática personal.

LA SALA DE PSICOMOTRICIDAD

La sala de psicomotricidad se convierte en un espacio que ofrece esa posibilidad de interacción familiar, con el psicomotricista como mediador. Es el espacio destinado para la acción y el juego, en donde los niños se sienten en libertad para correr, explorar, balancearse, rodar e invitar a sus padres a integrarse en sus actividades.

EL MATERIAL EN LA SALA DE PSICOMOTRICIDAD

El material es distribuido y ordenado en torno a las posibilidades del espacio, las intenciones educativas o terapéuticas y contenido, de acuerdo a las necesidades del niño y la evolución de la familia. La mayoría de las actividades son espontáneamente descubiertas por los niños, el psicomotricista puede proponer verbalmente o mediante su actividad, una invitación a la imitación, participa en la acción del niño, complementa y hace evolucionar.

El material son los aros de diversos colores y tamaños, cuerdas, telas, muñecos, sábanas, palos de cartón, pelotas de distintos tamaños y texturas, telas, cajas de cartón con variedad de tamaños, utensilios de cocina, instrumentos musicales, bloques lógicos.

CRITERIOS DE INTERVENCIÓN DE LAS FAMILIAS

En el programa de intervención psicomotriz basado en el Método Vivencial Aucouturier, se realiza una evaluación del niño y de la familia, la base primordial es la entrevista en donde se podrá empezar a identificar la dinámica familiar, así como la forma de participación en los tratamientos anteriores del niño, en caso de que hayan existido.

A partir de los resultados de la evaluación se establecen los objetivos del tratamiento del niño, así como el número de sesiones que se requieran para que se alcancen. Éstas son programadas de acuerdo a la evolución del tratamiento con base en las necesidades de cada niño y su familia.

Sin embargo, los criterios para solicitar la participación activa de la familia durante el tratamiento, es de acuerdo a la dificultad de los padres para aceptar la discapacidad o el trastorno de su hijo, el desconocimiento acerca de cómo interactuar con él, a pesar de las orientaciones del psicomotricista, la necesidad de adquirir habilidades para trabajar con el niño en casa con el fin de coadyuvar en el tratamiento, conflictos entre pareja propiciados por la misma situación, la expresión del deseo del niño acerca de tener mayor contacto

con sus padres, también es muy importante la disposición que éstos muestren respecto al tratamiento y sus implicaciones.

En los casos que no se considera la participación de la familia es cuando responda a las sugerencias de tratamiento, se involucren afectivamente con su hijo o sea necesario trabajar el desapego, así como situaciones que se piense serán desfavorables para la evolución del tratamiento; entre otras, dificultades de los padres por causas ajenas al padecimiento del niño, la sospecha de alguna patología de algún progenitor, la persistencia de resistencias a pesar de las orientaciones del profesionalista o cuando el mismo niño se niegue a ello.

Durante el tratamiento, se hará un seguimiento para observar los resultados de la participación de la familia, con base en la entrevista con los padres y el niño, en donde refieran sus impresiones, necesidades y aprendizajes, así como las observaciones realizadas en cada sesión registradas en una bitácora; en caso de haber logrado el objetivo planteado con la familia, se continuará el tratamiento con el niño, con la consideración de que en el caso de ser necesario, los padres serán invitados a participar en las sesiones que se requieran para reforzar la interacción familiar.

En las situaciones en donde se observe que la intervención de la familia en el tratamiento sea desfavorable o genere mayores conflictos, el niño se inhiba con sus padres, existan conductas sobreprotectoras a pesar de las orientaciones, se hace un cierre de sesiones con el ofrecimiento de otras alternativas, como sugerencia de tratamiento terapéutico para algún progenitor, pareja o familia.

Las sesiones se aplicarán una hora por semana de manera individual en el consultorio, mediante el uso de los diferentes materiales preparados previamente de acuerdo a los objetivos a alcanzar en cada sesión.

ESTRUCTURA DE LAS SESIONES

Las sesiones programadas previamente contienen la estructurada del momento inicial, el momento de la expresividad motriz y el momento final.

La etapa inicial implica el ritual de entrada, en donde se da la bienvenida; es el instante de la acogida, de recibimiento, del saludo; se reconoce a cada uno de los participantes. Se establecen las normas, se presentan los materiales y se dialoga de forma breve sobre lo que desean jugar.

El momento para la expresividad motriz, es donde juegan espontáneamente, eligen, inventan y crean sus propias actividades. Se lleva a cabo con el juego libre y espontáneo propuesto por el niño o los niños y los padres. Se abarcan las áreas sensoriomotora y simbólica. Se ha observado que los juegos que más predominan, en donde los niños muestran mayor placer son los de aseguración profunda inmediata, en los que emplean las telas para aparecer y desaparecer, los padres se convierten en monstruos para deleite de los niños al ser atrapados, les encanta jugar a la gallinita ciega, juegos con pelotas de distintos tamaños, otras de sus actividades favoritas son el beisbol o rayuela.

El tiempo final invita a relajarse después del movimiento, sirve de transición entre el momento de la expresividad motriz y de la representación gráfico-plástica y/o verbal. Se les propone que realicen un dibujo, que modelen con plastilina o que hagan construcciones, con el objetivo de activar su pensamiento y creatividad. Los niños y los padres tienen la oportunidad de expresar sus vivencias durante la sesión y ser escuchados, se continúa con técnicas de relajación, como el masaje entre los miembros de la familia empleando las manos o pelotas suaves. Para concluir se acomodan de tal manera que queden abrazados, cierran los ojos para sólo sentir el contacto entre sus cuerpos acompañado de música acorde.

En el ritual de salida, se les prepara para abandonar la sala, se utiliza alguna canción de despedida o recogida del material. Después se calzan para marcharse, se ordena la sala y el material.

RESULTADOS

A través del programa de intervención psicomotriz basado en el método vivencial Aucouturier para niños con alguna enfermedad o discapacidad, se busca la participación activa de la familia con el objetivo de beneficiar el tratamiento terapéutico con el involucramiento de padres y/o hermanos para favorecer la interacción familiar, así como el mayor conocimiento de la discapacidad o enfermedad, además de desarrollar habilidades para tratarla.

Los beneficios a corto plazo se manifiestan durante las sesiones en donde se observan las emociones y afectividad entre los miembros de la familia, que generalmente son de alegría y placer. Los niños tienen la oportunidad de ser escuchados y mirados por sus padres, se muestran felices al ser observados en sus logros. Entre hermanos se muestran más tolerantes, cariñosos y comprensivos.

A largo plazo se busca que el aprendizaje obtenido en el tratamiento se proyecte en la dinámica familiar con la comprensión y aceptación de la discapacidad o enfermedad, para

que la familia la afronte con otros recursos que les permita tener una mejor calidad de vida.

Una de las preocupaciones de los padres, además del padecimiento que sufren sus hijos, es su comportamiento que se refleja en impulsividad, agresión física entre hermanos, además de no obedecer las indicaciones que les dan. Por su parte, los niños en terapia psicomotriz han expresado el deseo de que sus progenitores jueguen y pasen más tiempo con ellos.

Durante las actividades de psicomotricidad con la familia, se observa que los niños buscan el contacto físico con sus progenitores y su aprobación, se sienten motivados e invitan a sus papás para jugar, orgullosos de mostrarles el material, así como las actividades que realizan con él.

En los juegos reglados, las reglas establecidas en el encuadre, se tienen que recordar durante las sesiones hasta que alcanzan a respetarlas. Se observa mayor tolerancia a la frustración al perder, esperar turno o compartir material. Con los límites establecidos se muestran más seguros al saber qué se espera de ellos.

Los padres aprenden a identificar las necesidades de sus hijos, logran desarrollar habilidades para establecer reglas y límites claros, así como ser constantes en su aplicación. Aprecian los logros de sus hijos, se muestran más tolerantes y comprensivos.

CONCLUSIONES

El papel de la familia es fundamental en el tratamiento de los niños que padecen alguna discapacidad o enfermedad crónica, toda vez que ésta tiene la función proveer una base segura, estable y confiable para que el infante se puede desenvolver y explorar el mundo con seguridad por lo que es primordial el aprendizaje que los padres puedan obtener mediante el moldeamiento de sus conductas, la reflexión acerca de su actuar, aprender a aceptar la discapacidad de sus hijos como un estilo de vida distinto.

La psicomotricidad como una disciplina global, toda vez que abarca todos los aspectos del desarrollo del ser humano, desde lo neurológico, biológico, físico, emocional y social, a partir del movimiento y del juego, favorece en gran medida el tratamiento terapéutico al permitir la integración de la familia con momentos de placer, además de diversión.

En este sentido, el diálogo tónico emocional se fortalece al interactuar mediante el juego, a través del que el cuerpo es el principal medio de interacción entre padres e hijos, con juegos de maternaje y aseguramiento profundo, al ser atrapados, realizar una casa y en-

trar en ella. Las técnicas de relajación, entre ellas el masaje, también juegan un papel fundamental en el diálogo tónico-emocional entre padres e hijos.

Sin embargo, la intervención de la familia en la psicomotricidad no puede ser empleada en todos los casos, ya que en algunos se pone de manifiesto una patología en ambos padres o uno de ellos, lo que implica la dificultad de aceptar la discapacidad de su hijo; continúan manifestándose resistencias para modificar su forma de interactuar; por lo que es necesario que acudan a tratamiento terapéutico personal, que les permita resignificar y elaborar esos conflictos inconscientes; de otra forma se continuará repitiendo en el niño, quien es el síntoma de la familia.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] CHÁVEZ, R. Neurodesarrollo Neonatal e Infantil. Un enfoque multi- inter y transdisciplinario en la prevención del daño. México: Médica Panamericana, 2003
- [2] FREUD, A. (1965). Normalidad y patología en la niñez. Paidós. Argentina. 1986
- [3] SASSANO, M., BOTTINI, P. Técnicas y enfoques en Psicomotricidad Modelización de las prácticas y nociones de la Psicomotricidad. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales. (38), 2013.
- [4] AUCOUTURIER, B. (2004). Los fantasmas de la acción y la práctica psicomotriz. Barcelona: GraoBiblioteca de Infantil, 2007.
- [5] MARTÍN, D. (2008). Psicomotricidad e Intervención Educativa. Madrid: Ediciones Pirámide.
- [6] WINNICOTT, D. (1931) Realidad y juego. España: Psicoteca mayor, 1971.
- [7] VALDÉS A. (2001). Psicomotricidad educativa: una propuesta organizativa y metodológica para la escuela. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales. (4) 2001.

EN LA INTERDISCIPLINA

REPARACIÓN DEL OBJETO EN LA ELECCIÓN PROFESIONAL. ORIENTACIÓN VOCACIONAL PARA ADOLESCENTES

LIBIA TREJO MARTÍNEZ

Licenciatura en Psicología por la Universidad del Valle de México. Maestranda en Psicoterapia Psicoanalítica por el Colegio Internacional de Educación Superior CiES.

Recepción: 28 junio 2023/ Aceptación: 13 noviembre 2023

RESUMEN

En el presente artículo se realiza un análisis teórico sobre el papel que desempeña la reparación del objeto en la elección de carrera. En algunos casos el deseo de reparación que se encuentra en la elección profesional de un adolescente puede implicar una reparación falsa, esto porque lo que se repara no es su propia culpabilidad inconsciente que resulta de la destrucción del objeto; sino la reparación de la culpa personal de su madre, por centrarse en una identificación con ella.

En la elección de carrera el adolescente debe elegir con base en una identidad vocacional genuina, es decir, que corresponda a sus aptitudes e intereses, y no a los deseos e intereses de sus padres, con ello se evita poner en riesgo su identidad y el fracaso profesional. Los padres tendrían que aceptar que el adolescente tome sus propias decisiones, permitirle crecer de manera independiente para que puedan desarrollar su potencial. Los adolescentes en su búsqueda de ser entendidos y aceptados por los padres pueden caer en el error de elegir una carrera sólo para satisfacerlos, de ahí la importancia de dar a conocer aspectos conscientes e inconscientes que se ponen en juego en la elección profesional del adolescente.

PALABRAS CLAVE: adolescencia, elección de carrera, identificación, licenciatura en psicología, reparación, psicoanálisis.

SUMMARY

A theoretical analysis is carried out on what role does object repair play in career choice in adolescence? In some cases, the desire for reparation found in an adolescent's professional choice may imply a false reparation. This is because what is repaired is not his own unconscious guilt resulting from the destruction of the object, but the repair of his

mother's personal guilt, which is centered on an identification with her.

When choosing a career, the adolescent must choose based on a genuine vocational identity, that is, one that corresponds to their aptitudes and interest, and not to the wishes and interests of their parents. This avoids putting your identity and professional failure at risk. Parents will have to accept that the adolescent makes their own decisions, allow them to grow independently so that they can develop their potential. Adolescents in their search to be understood and accepted by parents can make the mistake of choosing a career just to satisfy them, hence the importance of disclosing conscious and unconscious aspects that come into play in the adolescent's professional choice.

KEYWORDS: adolescence, career choice, identification, reparation, psychoanalysis.

RÉSUMÉ

Une analyse théorique est menée sur le rôle de la réparation d'objets dans le choix de carrière à l'adolescence ? Dans certains cas, le désir de réparation trouvé dans le choix professionnel d'un adolescent peut impliquer une fausse réparation. Car ce qui est réparé n'est pas sa propre culpabilité inconsciente résultant de la destruction de l'objet, mais la réparation de la culpabilité personnelle de sa mère, qui est centrée sur une identification à elle.

Dans son choix de carrière, l'adolescent doit choisir en fonction d'une véritable identité vocationnelle, c'est-à-dire celle qui correspond à ses aptitudes et intérêts, et non aux souhaits et intérêts de ses parents. Cela évite de mettre en péril votre identité et votre échec professionnel. Les parents devront accepter que l'adolescent prenne ses propres décisions, lui permettre de grandir de manière autonome afin qu'il puisse développer son potentiel. L'adolescent dans sa recherche d'être compris et accepté par ses parents peut commettre l'erreur de choisir une carrière juste pour les satisfaire, d'où l'importance divulguer les aspects conscients et inconscients qui interviennent dans le choix professionnel de l'adolescent.

MOTS CLÉS: adolescence, identification, choix de carrière, réparation, psychanalyse

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como finalidad abordar el papel que desempeña la reparación en la elección de carrera que realizan los adolescentes a través de la revisión teórica de los conceptos de reparación, identificación, adolescencia y elección de carrera, todo ello desde la perspectiva del psicoanálisis, en conjunto con el análisis de una viñeta clínica de un adolescente que acude a solicitar orientación vocacional. Con esto se pretende contri-

buir a la comprensión y formación del psicólogo-psicoanalista que trabaja aspectos vocacionales en dicha población, puesto que se ha observado la necesidad y el interés de los adolescentes en solicitar un asesoramiento y orientación para la elección de carrera.

Durante la orientación vocacional, se realizan una serie de pruebas o test que sirven de apoyo para el joven, en algunos casos se ha observado que, al ver los resultados que arrojan estos instrumentos, hay un desacuerdo con los intereses de sus padres, en tanto los test contribuyen a que el adolescente identifique aquello que llama más su atención, lo cual, no siempre corresponde a lo que desean los padres. Tal situación genera un conflicto de intereses y en ocasiones el adolescente se ve presionado o forzado a estudiar lo que los padres sugieren. Imponer a los hijos determinada profesión, puede ser el resultado de un deseo de reparar algo de los padres a través de los hijos.

Es así como, surge la pregunta de investigación: ¿Qué papel desempeña la reparación en la elección de la profesión en la población adolescente? Para dar respuesta a nuestra pregunta, se aborda la adolescencia desde una perspectiva psicoanalítica considerando autores como Dolto, Winnicott y Melanie Klein, con el concepto de reparación y la teoría de Rodolfo Bohoslavsky con las modalidades reparatorias que existen frente a la culpa de haber dañado al objeto.

Los adolescentes a la hora de elegir una carrera pueden postergar la resolución de sus conflictos internos y externos porque llegan a escuchar las necesidades de sus propios padres o de su contexto social, impidiendo que sea una reparación auténtica. El adolescente a la hora de elegir una carrera debe dejar atrás los intereses de los padres, con esto, no sólo elige conforme a sus intereses; además, se pueden reparar los sentimientos de culpa que resultan de la separación con los objetos y de los daños provocados a estos en la fantasía inconsciente.

Este trabajo permitirá exponer desde la teoría del psicoanálisis el papel de la reparación en la elección de carrera o el deseo de la reparación en la elección de carrera, donde entra en juego el inconsciente y los objetos de deseo; además de ofrecer una nueva perspectiva para la elección profesional de los alumnos acaso más reflexiva y considerando lo antes mencionado en las aptitudes e intereses de los jóvenes, dado que, aun cuando en la práctica como orientador educativo se trabaja el eje temático sobre la elección de carrera alrededor de un proyecto de vida personal, no obstante, algunos de estos jóvenes eligen una carrera en cuestión al deseo de sus padres, dejando su deseo en segundo término, o incluso lo abandonan.

DESARROLLO

Adolescencia y función parental

Actualmente se habla de adolescencia como “ados” que tiende a aislar a los individuos jóvenes de paso “en tránsito”, encerrándolos en un tipo de edad. Algunos prolongan la adolescencia entre los catorce años y los dieciocho años como una transición hacia la edad adulta. Otros autores la definen el “crecimiento”, como un período de desarrollo muscular y nervioso, sintiéndose tentados incluso a prolongarla hasta los veinte años [1].

Dolto [1] refiere que es una fase de mutación donde el adolescente experimenta una especie de nuevo nacimiento que es similar a los primeros 15 días de nacido, respecto de lo cual, el adolescente nada puede decir, y es para los adultos, objeto de cuestionamiento que, según los padres, está cargado de angustia o pleno de indulgencia.

Todo cambia en la transformación del cuerpo y se producen cambios en el psiquismo. Desde el psicoanálisis hay movimiento de la libido hacia la primicia genital y el cambio en la elección de objeto.

El estado de adolescencia se prolonga según las proyecciones que los jóvenes reciben de los adultos y lo que la misma sociedad les impone como límites de exploración [1].

¿Cuál es el papel principal del adulto o de las personas responsables de ellos? Es apoyarlos a ser responsables y autónomos porque los padres dejan de ser sus ojos.

Los padres desempeñan un papel fundamental en la vida de los adolescentes, pues es a partir de su sostén que ellos pueden transitar de la mejor manera las vicisitudes de esta etapa. Así, se dan los casos en los que los padres esperan que sus hijos sean de cierta manera y, en esta edad, los juicios de estos van a tener un efecto importante en los jóvenes. Un ejemplo de ello es que un adolescente puede resultar muy herido cuando escucha conversaciones de sus padres en las que hablan mal de él, pues las toma al pie de la letra.

Lo que sucede en el joven en pleno desarrollo es la inopia, o sea, la debilidad de la adolescencia. Dolto [1] toma como referencia el mito de los bogavantes y langostas para explicar la vulnerabilidad de los adolescentes: cuando los bogavantes pierden su concha, se ocultan bajo las rocas mientras segregan una nueva concha para adquirir defensas, por lo que, si en ese momento reciben algún golpe, quedan heridos para siempre. Sí, su capa recubrirá las heridas y las cicatrices, pero no las borrará. De este modo cuando el adolescente es golpeado por las críticas y los juicios de los padres, por ejemplo “no vas a llegar a ser nadie” o “eres un flojo y así no tendrás futuro”; el joven queda desvalorizado, quizá marcado por la depresión, creyendo acaso que no tiene derecho a muchas cosas.

Rother Hornstein y Cols [2], siguiendo a Winnicott explican que crecer es un acto agresivo

de posesión de un lugar que se gana porque, cuando el niño se transforma en adulto, lo hace sobre el cadáver de un adulto. De este modo, lo que se juega es un asesinato en la fantasía para poder consolidar un pasaje simbólico que promueve el encuentro con la propia potencialidad y sentido de vitalidad.

En la adolescencia hay un corte y separación, el objeto se vuelve real y externo; se transita entre unión y separación, entre pérdidas y adquisición, por ello se requiere un impulso agresivo, por eso se llega a matar al padre en la fantasía.

Según Philippe Gutton, los padres deben afrontar el convertirse en objetos inadecuados. Desde su concepción, define adolescencia, como “el proceso de desinversión parental en beneficio de la búsqueda de nuevos objetos” (143) [2]. Esto implica la superación y renuncia del deseo del objeto incestuoso, lo que hace factible el encuentro con un objeto adecuado potencialmente.

El jugar o convivir con otras personas además de los padres, crea movimientos importantes en los ideales. Las ilusiones y fantasías como propiedad de un Yo que empieza a construir su proyecto identificadorio, es una autoconstrucción continua de su Yo por el Yo, donde la proyección depende de la existencia de ese Yo. La parte identificatoria incluye la idea de un cambio que conlleva una distancia temporal a su alcance o consecución implicando la movilidad psíquica y acciones específicas. Matar al amo es crecer, es un acto de deseo, de posesión, hay que pasar por el lugar del padre (un cadáver).

El trabajo con adolescentes es invertir el futuro como categoría de apertura y continuidad. No es adolescente quien llega, sino quien pueda llegar a ser en cuerpo, psiquismo; dar espacio a su lugar, aceptar que está creciendo, que no es un niño. Se debe acompañar al adolescente en el oposicionismo, el resituar, el cómo cuidarlo de otra manera, conquistar de afuera su propio interior, cómo ceder sin renunciar.

Reparación en psicoanálisis

El concepto de reparación en psicoanálisis tiene que ver con la necesidad de reparar algún tipo de agravio hacia los objetos internos y externos. Para Klein [3] la interacción amor y odio es una constante en las relaciones humanas, por eso en la vida anímica se encuentran tanto fantasías de destrucción del objeto como deseos de reconstruirlo, repararlo. El interés por estudiar alguna profesión en particular tiene relación con dicho deseo de reparación, puesto que Klein afirma que en cualquier actividad que realizamos existe simultáneamente la expresión de la agresión y el intento de disminuir la culpa por haber dañado al objeto.

Por su parte, Bohoslavsky cita a Wender: las vocaciones expresan respuesta del yo frente

a “llamados” internos dañados que piden, reclaman, exigen, imponen, sugieren, etc., ser reparados por el Yo.[3] (64). De ahí que la elección de carrera mostraría un objeto interno a ser reparado, que es el resultado de una respuesta del “Yo” (vocado) a un objeto interno dañado (vocante). La reparación tiene distintos sentidos, por ejemplo, la “reparación como impulso” y en otros casos “tendencias reparatorias” o “conductas reparatorias”. En las tendencias reparatorias se piensa una manifestación del instinto de vida en el adolescente, que expresan el deseo y la capacidad del sujeto de recrear a un objeto bueno, externo o interno.

La dialéctica de muerte-instinto de vida se traduce como conductas polares de destrucción-reparación (construcción). En el objeto bueno se produce la destrucción, siendo esta una fantasía, y el objeto puede ser real o no ser real. Ese objeto debe ser amado, y pasa a ser odiado, derivado del instinto de muerte. Creando un vínculo ambivalente [3].

Winnicott por su parte, señala que la reparación aporta un eslabón entre el impulso creador y la vida que lleva el paciente. La consecución de la capacidad para hacer reparación referente a la culpabilidad personal es uno de los pasos más importantes en el desarrollo humano sano, sin embargo, en ciertos casos nos podemos encontrar con una falsa reparación que no se halla específicamente relacionada con el sentimiento de culpabilidad del propio paciente. Esta falsa reparación se manifiesta a través de las identificaciones con la madre/ padre y su factor dominante no lo constituye la culpabilidad del propio paciente, sino la defensa organizada por la madre/padre con el fin de combatir su propia depresión y la culpabilidad inconsciente. [4]

En la adolescencia poseen de gran capacidad para trabajar satisfactoriamente y que, sin embargo, inesperadamente fracasan; ello sucede cuando el éxito obtenido por su trabajo es robado por las necesidades de la madre/padre. El adolescente trata de instaurarse una identidad personal, la única salida la ofrece el fracaso [4] (1510).

Que el adolescente siga los pasos de los padres y que nunca sea capaz de desafiarlos, con la intención inconsciente de reparar las necesidades de sus padres, posiblemente se enfrente a una tarea que no puede ser cumplida, pues la reparación debe ser sobre la culpa propia y no la de alguien más, de ahí el fracaso de la misión y el sabotaje del impulso creador.

Para que la reparación sea total y absoluta, es decir, una restitución integral del objeto en la fantasía, el proceso se debe derivar de los deseos y la capacidad de recrear y para que

esto se cumpla, el Yo debe ser capaz de: a) aceptar la realidad, b) tolerar el dolor, c) hacerse responsable de su odio hacia el objeto que simultáneamente ama y, d) realizar la conducta reparatoria en la fantasía y en la realidad para intentar reconstruir ese objeto dañado [3].

Es importante remarcar que, para reparar al objeto desde un ámbito saludable, es necesario reconocer la culpa, pues si esta no se reconoce, se estaría en una reparación maníaca, en ella la culpa es negada por el desprecio, y se rechazan los aspectos buenos del objeto; mediante el triunfo se niega la pérdida de ese objeto y los sentimientos de abandono por parte de este y el control va a negar la autonomía al objeto [3].

Otro tipo de reparación que se aleja de la salud es la melancólica, que son matices auto-destructivos, como si la única manera de reparar al objeto fuera destruyéndose uno mismo, que es destruyendo al "Yo", porque está atacando al objeto con el que este se ha identificado, en lugar de repararlo [3].

Entonces hay distintas formas de reparar al objeto y tienen que ver con: ¿por qué y para qué se repara?, ¿cómo y con qué se repara? Estos son cuestionamientos que remiten a diferentes formas de reparación, nos permite apreciar que la reparación puede ser auténtica o bien tratarse de una seudoreparación, así como identificar las distintas representaciones del objeto, y los diversos modos y contextos en los que se lleva a cabo la reparación. En el siguiente cuadro se pueden observar estas variaciones, cómo en la identidad vocacional tiene que ver el propósito de la reparación (por qué—para qué), mientras que la identidad ocupacional tiene relación con las representaciones del objeto, y la forma en que desempeñará el rol ocupacional.

Psicodinámica de la elección			
Por qué – Para qué	Con qué	Cuándo- dónde -cómo	A la manera de quién
R. Reparación A: auténtica. R.Sudorreparaciones 1.Maníaca 2.Melancólica 3.Compulsiva 4.Otras	Objetos Personas, cosas, animales, natura- leza, artefactos o partes de ellos Instrumentos Manuales, intelect- tuales, etc.	Contexto sociocul- tural (Ambientes institu- cionales y organi- zaciones sociales) Tecnología, siste- mas de significa- ción, etc.	Identificaciones con imágenes y roles ocupaciona- les adultos
Identities vocacio- nales	Identidad ocupacional		

(68) [3].

Un ejemplo de reparación ficticio, considerando la psicodinámica de la elección, sería: supongamos que X tiene la vocación de amar y proteger a los animales (identidad vocacional), el propósito inconsciente de esta vocación (para qué) sería reparar a su objeto original que es la madre y que ha sido dañada en la fantasía inconsciente. Los animales para X serían representaciones de la madre en el inconsciente, por lo que, X elige estudiar para médico veterinario, de este modo en el futuro podrá poner un consultorio privado o formar parte de una sociedad protectora de animales, estaría desempeñando el rol (identidad ocupacional) que le permita realizar la reparación del objeto. Con dicha ocupación alivia el sentimiento de culpa de haber dañado en antaño a su objeto de amor originario.

El Diccionario del pensamiento Kleniano define a la reparación como:

La reparación, aunque atañe ante todo al estado del mundo interno y del objeto bueno que constituye el núcleo de la personalidad, se suele expresar en acciones dirigidas a objetos del mundo externo que representan al objeto interno dañado o que pueden ser introyectados en la fantasía en sustento del mundo interno. Es en consecuencia una fuerza de acción constructiva en el mundo externo. Complemen-

ta o suplanta las actitudes positivas de una simple relación de amor, porque cuida de las dificultades o penurias del objeto amado, y lo hace de un modo más realista que la simple relación amorosa con una persona amada pura e idealizada (533) [5].

Ahora bien, Bühlet, refiere que la adolescencia se va a extender de los 15 y 24 años, porque el autoconcepto no está centrado en las identificaciones, sino predominante en el ejercicio de roles. El autor divide en tres momentos la adolescencia: El primero, es de tentativas, entre los 15 y 17 años, la elección de los roles se ejercita sobre la fase de la fantasía. El segundo, de transición, entre los 18 y 21 años, hay una consideración de la realidad que va a permitir confrontar las necesidades, los gustos, y los intereses con base a las oportunidades que brinda la realidad. El tercero, el ensayo que se extiende entre los 22 y 24 años, aquí el individuo localiza un área de la realidad discriminada entre las demás, la elige como propia. [2]

La edad en que se encuentran los adolescentes al elegir una carrera, oscila entre 15 años a 21 años, o sea que se encuentran en una etapa de tentativas o de transición, por lo que su elección girará en el marco de una carrera que les agrada y que conviene a su fantasía, pero también, su opción podría denotar una consideración de la realidad, esto es, que antes de elegir realicen test vocacionales para conocer sus gustos e intereses que sean acordes a la realidad del alumno y con ello puedan incorporarse a una adecuada elección al culminar su bachillerato.

Elección profesional e identificación

Elegir es producto de múltiples identificaciones que pueden ser contradictorias, opuestas, disociadas. Al elegir, el joven deja de ser algo, está eligiendo dejar de ser adolescente, dejar de ser otro profesional, está optando dejar otros objetos [3].

En la tabla siguiente se muestran los momentos de elección, se aprecia la intervención del Yo en cada momento del proceso y trastornos típicos que han sido observados.

Momentos	Función yoica comprometida	Patología más frecuente
Selección	Adaptación, interpretación y sentido de la realidad. Discriminación. Jerarquización de los objetos.	“no ver” o “no verse” por la confusión en el vínculo. Identificaciones proyectivas e introyectivas masivas

Elección	Relación de objeto. Tolerancia de la ambigüedad y de la ambivalencia.	Rigidez y estereotipada o excesiva labilidad de cargas. Bloqueos afectivos.
Decisión	Acción sobre la realidad. Proyectos.	Trastornos en la elaboración de duelos. Fracaso en el control de impulsos.

(80) [3].

En la elección intervienen procesos identificatorios, el diccionario de psicoanálisis bajo la dirección de Ronald Chemama, se define identificación como “proceso por el cual un individuo se vuelve semejante a otro, en su totalidad o en parte” [7] (118). En la adolescencia se vale de instancias y operatorias ya habilitadas en la infancia que se basan en la identificación y el Ideal del yo. El proceso de uno cabalga sobre las huellas de otro.

Melanie Klein [8] refiere que identificarse es un elemento fundamental para los seres humanos, siendo esta una condición de amor intenso y auténtico, ya que, si se llega a tener la capacidad de identificación con el ser amado, se llega a descuidar hasta cierto punto los intereses personales, vale decir, a sacrificar los sentimientos y deseos propios, anteponiendo temporalmente los intereses ajenos.

A través de la identificación, en la fantasía se puede desempeñar el papel de un “buen hijo” y/o de un “buen padre”, con esto, se eliminan los motivos de odio logrando neutralizar las quejas de los padres frustrados, el furor vindicativo que ellos han provocado, y los sentimientos de culpa y desesperación que surgieron al dañar a los que era los primeros objetos de amor. Así, en el inconsciente se repararán los agravios fantaseados que causan una dosis de culpa, manifestándose el mecanismo de “reparación” siendo este un elemento fundamental en el amor y en las relaciones humanas [3]. Y es aquí, donde la elección de carrera juega un papel importante, pues vía la identificación con el papel de “un hijo bueno” el adolescente, al elegir una profesión, puede corregir los agravios a sus objetos que se fantasearon en el inconsciente, siempre y cuando la reparación gire en torno a la culpa propia, y no en las necesidades de los padres, pues en un caso de exceso sacrificio de los intereses personales en favor de los padres, se podría caer en el error de elegir una profesión, no en el sentido de una reparación auténtica, sino en una falsa reparación.

En un estudio, Fernández Pérez [9] reporta un caso conocido como “Vanina”, una mujer

de 33 años a la cual se aplicaron varias entrevistas y una batería de pruebas proyectivas, debido a que había cambios en su elección de carrera pues no se decidía qué quería estudiar. Los resultados arrojaron que el deseo más grande de los padres es que ella concluyera una carrera, de manera que estudiar una profesión, no era su deseo, sino el de los padres, entendiéndose que la obligación de estudiar era un mandato de los padres. De algún modo, por la vinculación que tenía Vanina con sus padres, no había podido evolucionar emocionalmente, ni llevar a cabo sus propias elecciones. Los padres de Vanina querían que ella pudiera obtener un título universitario para poder sentirse orgullosos de ésta. Aquí se muestra cómo es presionada por los padres, y ella al no poder responder a sus mandatos, pues estos se contraponían a sus propios deseos, no lograba satisfacer la expectativa que tenían los padres.

Viñeta clínica

En mi práctica clínica y docente se trabaja con los adolescentes en el acompañamiento de la elección de carrera, dicho acompañamiento es a través de un test vocacional, donde además de evaluar sus intereses y aptitudes, entra la parte de reflexión en torno al análisis de los resultados, con el propósito de que elijan una carrera tomando en cuenta todo lo antes mencionado.

Tal es el caso de José, estudiante de educación media superior, con una edad de 17 años, señala que quiere estudiar enfermería porque su madre le contó en cierto momento que cuando ella se embarazó de él, no pudo concluir con su carrera. Wender [4] explica que los objetos internos dañados, piden, reclaman, exigen, imponen, sugieren, etc., ser reparados por el Yo a través de una identidad vocacional. Así el alumno en su afán de reparar y ser reconocido por su madre, desea identificarse con la vocación de enfermería, sin embargo, cuando José realiza el test vocacional para reafirmar su elección de carrera, se da cuenta de que no cumple con las habilidades e intereses que se requieren. Lo que se observa en esta situación, es que José con dicha elección de carrera no repararía sus objetos internos dañados, y por tanto su propio sentimiento de culpabilidad, sino una necesidad personal de la madre. Aquella reparación que Winnicott [6] identifica como falsa reparación, y que corresponde a una identificación con la madre en la que no se elabora la culpabilidad del alumno, pues se trata de una defensa organizada por la madre con el fin de combatir la depresión y la culpabilidad inconsciente de ella misma.

Bühlet [2] dice que la exploración se va a extender de los 15 y 24 años, porque el autoconcepto no está centrado en las identificaciones, sino predominante en el ejercicio de roles. En José, hay mayor discriminación del rol que desea cuando realiza su FODA, pues

en conjunto con el test vocacional, puede conocer a profundidad sus intereses separándolos de los deseos de la madre. Así logra identificar una elección de roles que le permiten desplegar sus deseos y fantasías, aun cuando pueda cambiar de opinión a futuro, porque esa fantasía debe pasar por un examen de la realidad, es decir, una transición en la que el mismo tendrá que confrontar sus necesidades, gustos e intereses con base a su realidad.

La reflexión que debe hacer José para poder avanzar y poder elegir la carrera correcta de acuerdo con sus habilidades e intereses, tiene que pasar necesariamente por identificaciones del tipo que menciona Winnicott, aquellas con componentes agresivos y de ternura, o sea ambivalentes. Siendo que crecer es un acto agresivo de posesión, se trata de un lugar que se gana el adolescente, en el que metafóricamente asesina al padre/ madre, es un pasaje simbólico que promueve un encuentro con la potencialidad y sentido de vitalidad.

Cuando el alumno relata que, “él quiere estudiar enfermería porque quiere cumplir el deseo de su madre”, lo que intenta reparar, no es el objeto bueno internalizado que se destruyó en la infancia, en el cual, además de amado es odiado al mismo tiempo, sino es la reparación de algo que compete sólo a la madre, una reparación falsa. No obstante, José después de analizar su situación a partir de la orientación vocacional, se da cuenta que no tiene las habilidades para estudiar enfermería, por lo tanto, decide cambiar de elección carrera para poder construir su propio futuro él mismo.

José al corregir su elección con base a una identidad vocacional auténtica, dará pie a que la reparación sea también auténtica, de esta forma su Yo será capaz de: aceptar la realidad, soportar el dolor, el aceptar el odio hacia el objeto que simultáneamente ama y con ello, realizar en la fantasía inconsciente la reconstrucción del objeto dañado, esto es, una restitución íntegra del objeto en la fantasía.

No se pudo concluir con el proceso de José, queda pendiente cuál será su carrera de elección final, sin embargo, se pudo avanzar en gran medida, ahora el alumno ya refiere qué es lo que llama su atención: la carrera en ingeniería civil. Se espera entonces que, José pueda llevar a cabo una elección vocacional que implique una reparación auténtica.

CONCLUSIONES

La reparación es un factor importante en la elección de carrera, como pudo observarse, en ella se ponen en juego aspectos inconscientes que competen al primer objeto de amor. Como en el caso de José que quería cumplir el deseo de su madre, pero al momento de realizar una introspección, cae en cuenta de que no puede lograr tal deseo. De ahí, lo que

menciona Winnicott en su teoría: se hace necesario matar metafóricamente a la madre para poder crear su propia identidad y crear su propio análisis de reflexión. De no ser así al sacrificarse en exceso por los padres, no sólo se pone en riesgo la identidad propia, también puede conducir al fracaso profesional.

Un aspecto importante de los adolescentes es que son marcados desde la infancia; acaso muy tempranamente los padres suelen tener la idea de que su hijo va a realizar cierta profesión o va a seguir la dinastía de lo que ellos mismos son y, en el marco de esta situación, si los adolescentes deciden otra cosa, pueden sentirse no reconocidos por los padres. Es así como se hace preciso fomentar desde la práctica docente y clínica que los padres acompañen y permitan que sus hijos sean los que vayan construyendo su propio camino.

Como se menciona en la investigación, los adolescentes van a adolecer para poder crecer, tienen que identificarse con figuras cercanas a ellos, y no precisamente tienen que ser los padres, ya que pueden ser sus amigos, familiares o profesores; lo cuales juegan un papel fundamental en la sustitución de los primeros objetos originales.

El inconsciente juega un papel esencial en la elección de carrera porque es lo que nos lleva a actuar, dicta lo que nos atrae como personas y lo que cada uno va eligiendo, según su historia y experiencia de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] DOLTO, F. (1990). La causa de los adolescentes. Paris: Seix Barral.
- [2] ROTHER HORNSTEIN y cols. (2006). Adolescencias: Trayectorias Turbulentas. Buenos Aires: Paidós.
- [3] KLEIN, M. (1945). Amor, culpa y Reparación. Buenos Aires: Paidós
- [4] BOHOSLAVSKY, R (1974). Orientación Vocacional. La estrategia clínica. Buenos Aires. Nueva Visión.
- [5] HINSHELWOOD, R. D. (1989). Diccionario del pensamiento Kleniano. Buenos Aires. Amorrortu.
- [6] WINNICOTT, D (1948). Reparación con respecto a la organización antidepresiva de la madre. En obras completas: [donald-winnicott-obras-completas.pdf](#)
- [7] CHEMAMA, R. (1990). Diccionario del psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu.
- [8] VEINSTEN S. (1994). La elección vocacional-ocupacional. En S. Veinsten (Ed.), ¿Por qué y para qué elegir? Buenos Aires: Marymar.
- [9] FERNÁNDEZ, M. (2014). Modalidades reparatorias y el fracaso en la elección vocacional. Tesis de Licenciatura en Psicología: Universidad de Aconcagua. Disponible en: http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/452/tesis-3491-mod.pdf

ALGUNAS IMPLICACIONES DE LA FUNCIÓN PARENTAL EN LA CONSTITUCIÓN DEL SUJETO.

Diana Elizabeth Nuñez Ruiz

Licenciada en psicología por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Maestranda en Psicoterapia psicoanalítica por el Colegio Internacional de Educación Superior (CiES). Coordinadora del departamento de psicología en Clínica y Laboratorio Teresita A. C.

Recepción: 18 septiembre 2023/ Aceptación: 23 diciembre 2023

RESUMEN

El cuidado parental en la actualidad ha tomado mucho auge en la sociedad, mayormente se puede escuchar en redes sociales, en televisión, radio, etc., a especialistas hablando sobre el cuidado infantil, el desarrollo y alternativas o talleres para estar más preparado; pero también se observa a padres que se encuentran angustiados y confundidos, o inseguros sobre su paternidad o maternidad, buscando diferentes opciones para sus hijos, aquellas que favorezcan su estimulación y desarrollo.

Sin embargo, pese a los intentos que realizan para estar actualizados y brindar el mejor desarrollo posible a sus hijos, pareciera que estos esfuerzos no son suficientes, así es común escuchar a muchos padres que demandan un saber. ¿Cómo hacerlo? ¿Cómo ser buenos padres?, acaso dudando de cada acción que realizan.

Por lo tanto, en el presente artículo se realiza una construcción sobre la importancia de la implicación parental en el desarrollo del menor, está a través de la revisión de diversas perspectivas de los autores que se abordan.

PALABRA CLAVE: análisis infantil, constitución del sujeto, doctorado en investigación psicoanalítica, función parental, huellas mnémicas, maestría en psicoterapia psicoanalítica, primeros años de vida, psicoanálisis.

SUMMARY

Parental care today has taken a lot of boom in society, mostly you can hear on social networks, on television, radio, etc., specialists talking about child care, development and alternatives or workshops to be more prepared; but parents who are anguished and confu-

sed, or insecure about their paternity or maternity, are also observed, looking for different options for their children, those that favor their stimulation and development.

However, despite the attempts they make to be updated and provide the best possible development for their children, it seems that these efforts are not enough, so it is common to hear many parents who demand knowledge. How to do it? How to be good parents?, perhaps doubting every action they take.

Therefore, in this article a construction is made on the importance of parental involvement in the development of the child, it is through the review of various perspectives of the authors that are addressed.

KEY WORDS: child analysis, constitution of the subject, parental function, memory traces, first years of life, psychoanalysis.

RÉSUMÉ

La garde parentale aujourd'hui a pris beaucoup d'essor dans la société, on entend surtout sur les réseaux sociaux, à la télévision, à la radio, etc., des spécialistes parler de garde d'enfants, de développement et d'alternatives ou d'ateliers pour mieux se préparer; mais on observe aussi des parents angoissés et confus, ou incertains quant à leur paternité ou maternité, à la recherche d'options différentes pour leurs enfants, celles qui favorisent leur stimulation et leur développement.

Cependant, malgré les tentatives qu'ils font pour être mis à jour et offrir le meilleur développement possible à leurs enfants, il semble que ces efforts ne suffisent pas, il est donc courant d'entendre de nombreux parents qui exigent des connaissances. Comment le faire? Comment être de bons parents?, doutant peut-être de chaque action qu'ils entreprennent.

C'est pourquoi, dans cet article une construction est faite sur l'importance de l'implication parentale dans le développement de l'enfant, c'est à travers l'examen des différentes perspectives des auteurs qui sont abordées.

MOTS CLÉS: analyse d'enfant, constitution du sujet, fonction parentale, traces mnésiques, premières années de vie, psychanalyse.

INTRODUCCIÓN

En el presente artículo se retoman los textos y artículos de algunos autores que abordan la importancia de los cuidados parentales para el desarrollo del menor. Al realizar un reco-

ruido por la infancia podemos dar cuenta que, en los primeros años de vida, el menor depende por completo del cuidado de los padres, sin ellos no podría desarrollarse de una forma óptima; cabe decir que no siempre son los padres los que se hacen cargo del menor, en ocasiones puede ser un familiar, es decir, la abuela, tía, prima, etc., y esto puede deberse a diversos factores, tales como la muerte de la madre y/o el padre, adopción, abandono, empleo de ambos padres, entre otras circunstancias, en las que no profundizaremos de manera individual.

Cuando se observa un apartamiento, necesario, por parte de los padres hacia el menor, por cuestiones laborales o actividades que realizan, - lo que no los hace malos padres-, quien queda al cuidado, si no es supervisado de alguna manera, sí puede dar como consecuencia que se presenten descuidos por parte de estos cuidadores que quedan a cargo del menor, pues estos, además de que también tienen actividades que realizar y no tienen el mismo interés que los padres, se les podría hacer fácil dejar al menor frente al televisor, tablet, en una habitación con sus juguetes, de una manera despreocupada, disminuyendo con ello la interacción con el menor. Se le voltea a ver poco, no se juega con él o no se le habla, como si acaso se esperara que el aprendizaje, la tranquilidad y la adquisición de conocimientos sean dados a partir de aquellos programas que se encuentran en internet, o jugando solos. Quizá no se les dirige la palabra con la creencia de que a los “bebés” no se les habla, cayendo en el error de dejarlos solos mucho tiempo, pues al ser bebés se piensa que no entienden y no se dan cuenta. De este modo, en pocas ocasiones se pone atención a las implicaciones que esto tiene para el desarrollo del menor.

Con base en esto se intentará dar respuestas a algunas interrogantes que nos ayudarán a comprender la forma en que se da el desarrollo infantil y el impacto que tienen los primeros años en el desarrollo posterior del sujeto; en el tipo de elecciones que realizan, las formas en que subliman, su manera de relacionarse con los otros, y cómo esas afectaciones se presentan desde los primeros años de vida. Se pueden observar dificultades en cuanto a la adquisición del lenguaje, las formas de vincularse con los otros, tolerancia a la frustración, no dirigir la mirada al otro, dificultades en el desarrollo motriz, no responder a los estímulos, presentar hipersensibilidad, entre otras. Lo que lleva a cuestionarnos: ¿Qué influencia tiene el contexto y el antecedente cultural de los padres en su función, en relación con su experiencia como hijos?, ¿De qué forma la presencia del Otro a partir de la mirada y del acuse de recibido, impacta en la constitución del sujeto?, ¿De qué manera influye el diagnóstico/etiqueta en el sujeto?

Para ello, retomaremos el concepto de infancia, veremos cómo las primeras experiencias dejan una huella mnémica en el psiquismo del menor como resultado de las experiencias de satisfacción, de displacer y las primeras frustraciones que experimenta. Hay múltiples autores que han hablado sobre el desarrollo del bebé y la importancia que tienen los cuidados parentales en este; sobre las repercusiones que hay en el desarrollo, en sus habilidades para socializar, para desenvolverse, la forma en que perciben su entorno, entre otras. Cuando se propone, de manera constante en la práctica profesional, sobre las etapas del desarrollo en las que se debieran ubicar al niño y cuándo salen de lo esperado; se considera que se encuentran desfasados en cuanto a lo establecido para su edad y por el contexto social. Este tipo de aseveraciones, sobre lo que el menor debiera lograr, tiende a angustiar a los padres, a culparse o deslindarse de su paternaje, ya que se convierten en el blanco de su entorno social. Así, se vuelven vulnerables a las recomendaciones, críticas, consejos o expectativas que los otros tienen sobre ellos como padres, ocasionando desconfianza e inseguridad en las decisiones que toman, lo cual propicia, la mayoría de las veces, búsqueda de información-desinformación en internet, llenándose tal vez, de sobre información que termina por ocasionar más angustia y desconfianza. Cabe mencionar que, si bien como profesionales de la salud podemos hacer uso de herramientas como tablas de desarrollo, como la de Piaget, test del desarrollo como el EDI o el DENVER, evaluaciones pediátricas, etc.; estas sólo son una herramienta para delimitar la línea que llevará el proceso terapéutico. Puesto que, aun cuando son de gran valor para establecer un criterio de diagnóstico, este último está lejos de ser el objetivo final de la intervención terapéutica.

Desafortunadamente, en muchos casos se comienza a etiquetar a ciertos niños en función de un diagnóstico, cualquiera que este sea; y los padres o cuidadores, ante el desconocimiento, la angustia o temor que sienten, tienden a querer proteger al menor, lo cual, es una conducta esperada, no obstante también puede llegar a convertirse en una limitante para su desarrollo y constitución, porque la mayoría de las veces, la sobreprotección se vuelve en un cuidado que absorbe y que no permite ser al niño, limitando las habilidades y funciones que pudiese adquirir sin ella. Respecto a esto, Gisela en el título de su libro refiere que, “en la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz” [1], pues, si se deja de lado el diagnóstico y se comienzan a realizar acciones con el menor, si se le comienza a mirar, a historizar, y se le ve como sujeto con capacidades y no como aquellos que no entienden, se podría tener un resultado diferente respecto a las posibilidades del menor, y no solo de las expectativas angustiantes de los padres y/o cuidadores.

Del mismo modo, la relevancia de este tema de investigación recae en que, si como profesionales de la salud abordáramos a mayor detalle la constitución del sujeto y se le diera la importancia que amerita a los primeros años de vida, se podrían prevenir algunos diagnósticos que no tienen justificación clínica, en donde muchas veces se dan con la mano en la cintura o sin realizar una evaluación conveniente; así como poder brindar un mejor tratamiento que permita el desenvolvimiento del menor en los diferentes ámbitos que se les vayan presentando. Para ello, pretendemos identificar cómo impactan en el desarrollo infantil los cuidados parentales, examinar las afectaciones que se presentan en la vida adulta con base en las vivencias infantiles, demostrar que, a partir de la interacción y la mirada del Otro, el sujeto puede diferenciarse y constituirse como un otro y finalmente analizar de qué forma impacta en el sujeto la terapia psicoanalítica en la primera infancia.

DESARROLLO

La infancia, su definición y antecedentes.

Los primeros años de vida del ser humano son fundamentales dentro de su desarrollo, puesto que, será en función de sus primeras experiencias que comienza a diferenciarse de los otros, va integrando reglas y normas sociales, desarrolla el lenguaje, la motricidad fina y gruesa, entre otras cosas. La mayoría de las veces esto es lo que se escucha al momento de hablar sobre desarrollo infantil, pero, no hay que olvidar que este va más allá; también tenemos que considerar su desarrollo psíquico y cómo es que favorecen o afectan los cuidados parentales a éste.

Tanto los autores clásicos como los actuales enfatizan el desarrollo infantil y abordan como a partir de éste se van determinando las características psíquicas, emocionales y conductuales que el sujeto tomará en su vida adulta, la cual es determinada por las primeras experiencias del menor, por supuesto en función de los cuidados parentales, pues la presencia o ausencia de estas figuras serán las que den la pauta de lo mencionado.

La UNICEF en 2005, refiere que la infancia implica un espacio delimitado y seguro, separado de la edad adulta, en el cual los niños y las niñas pueden crecer, jugar y desarrollarse. [2]

Leonor Jaramillo en su texto “Concepciones de infancia” dice:

Se entiende por Primera Infancia el periodo de la vida, de crecimiento y desarrollo comprendido desde la gestación hasta los 7 años aproximadamente y que se caracteriza por la rapidez de los cambios que ocurren. Esta primera etapa es decisiva en

el desarrollo, pues de ella va a depender toda la evolución posterior del niño en las dimensiones motora, lenguaje, cognitiva y socioafectiva, entre otras. [3]

Como se puede observar en ambas referencias se menciona que lo que ocurre en estos primeros años vendrá a impactar en la vida adulta del sujeto, puesto que a medida que transcurre el desarrollo experimentará diversas situaciones y aprenderá a resolver los conflictos que se le pueden ir presentando, esto se esperaría que fuera a partir del cuidado que se da por parte del Otro, el cual es fundamental para el desarrollo del menor, pensándolo en el sentido de que los cuidadores puedan brindar al menor los espacios necesarios para su desarrollo, y que le permitan ir adquiriendo su aprendizaje con respecto de los aciertos y/o errores, a través del juego en el que pueden jugar a ser otros y jugarse a sí mismos.

Al respecto, Esteban Levín en 2006 dice:

La madre, o quien cumpla su función, tendrá que sostener, por lo menos, dos saberes: un saber histórico, que le ha dado su experiencia como madre (si ya lo fue) o como mujer que desea ser madre, y un segundo saber, que remite directamente al lugar de esa mujer como hija y al propio recorrido infantil [4]

Aunque es frecuente hablar sobre la maternidad, excluyendo muchas de las veces al padre, considero estos saberes también aplican para el padre, pues en ambos casos podemos ver reflejados estos saberes, y en ambos se puede encontrar un deseo por ser padres o no serlo; además cada uno educará con base en su experiencia como hijos, ya sea que repliquen de manera literal o que busquen romper la cadena familiar, educando según sus perspectivas y lo que su entorno haya establecido al respecto.

Hay que recordar que al ser seres sociales estamos inmersos en una cultura, un contexto que nos antecede y que la mayor parte del tiempo realiza exigencias sobre el cómo ser padres y/o hijos, por lo que basándose en el contexto en el que se dio la crianza de estos padres, las costumbres y las maneras de pensar es que se establecerá su manera de concebirse como padres. En este contexto no se puede dejar de lado el saber del propio recorrido infantil, porque éste también determinará su forma de ser padres, es decir, lo que los padres han experimentado en diversas experiencias en el transcurso de su crecimiento, será también lo que determine su forma de desenvolverse, su afectividad hacia los otros, la manera de comunicarse, entre otros.

En un artículo que retoma a Piera Aulagnier en 2015, se menciona que:

En tanto se está en la niñez temprana, el sujeto retiene la convicción de que todo lo que sucede o no sucede en su entorno, todo lo que afecta a su cuerpo, todo lo que modifica su experiencia psíquica, da fe del poder que atribuye a desear (el suyo o el de sus padres). [5]

Pues al momento en que el bebé es deseado por un Otro, éste por medio de una donación de afecto lo dota de la posibilidad de vivir y desenvolverse en el deseo, el cual puede devenir de personas externas a los padres, es decir, el tío, la tía, los abuelos, hermanos, etc.; independientemente de esto, sería importante cuestionarse, ¿deseado para qué?, en tanto que, de ello dependerá la constitución del menor, la forma en que se percibe a través de otro, el cómo es recibido dentro de la dinámica familiar y aquellas expectativas que se tengan de él.-

Relacionado con esto, Gaudencio Rodríguez en 2016, en una publicación refiere que, "en México al menos 412 mil niños, niñas y adolescentes viven sin el cuidado de sus padres, de los cuales 18 mil 533 o 29 mil se encuentran en instituciones residenciales de acogida" [6], siendo esto un referente para la investigación nos cuestionamos ¿Cómo es la experiencia de estos niños y chicos al vivir en una casa de acogida?, ¿Cuál es el impacto que tiene en su desarrollo?, ¿Cuál es la situación de estos niños y por qué han sido privados de los cuidados parentales? Si bien, la propuesta del autor va mayormente ligada a su situación legal, al cumplimiento de sus derechos, etc.; pero aquí se retoma como dato, pues, es importante recordar que, pese a que no tienen presente a sus progenitores, esto no significa que no tengan el sustituto de la presencia de una figura materna y/o paterna, ya que este lugar lo vienen a ocupar los cuidadores a cargo de estos menores; y esto implica otro resultado en la constitución del sujeto. Todo dependerá de las costumbres, la cultura, las creencias, el lenguaje y la mirada de esos otros que le cuidan y lo van constituyendo, en el marco de una institución que tiene sus propias reglas, y qué decir, de aquellos niños que ya fueron parte de una familia, que acaso tal contexto, implica modular aún más el momento de quedar al cuidado de servicios infantiles. Como vemos esto tiene relación con los menores que no son cuidados por sus progenitores, y, que pasan al cuidado de un familiar, por X motivos que hacen necesario que los padres tomen esta decisión.

La importancia de la infancia y las figuras parentales

Pero, ¿por qué nos interesa esto?, porque como menciona Melanie Klein en 1932 [7], desde los primeros meses de vida el bebé experimenta una variedad de emociones las cuales le permitirán asimilar la realidad y los cambios, así mismo, considera que los bebés

tienen la capacidad inconsciente e innata de percibir la existencia de la madre quien satisface tanto sus necesidades como las demandas de amor y comprensión, ya que considera que la madre es el vínculo primario fundamental que no solo simboliza la totalidad del bebé, sino que, es quien garantiza la constitución psíquica del bebé, la cual tendrá su repercusión en la vida adulta. Klein considera que a partir de la forma en que el bebé vaya introyectando a la madre como objeto bueno, dará garantía de un yo saludable. (1959) [8]

Respecto a lo mencionado con anterioridad, se puede decir que, la forma en que impactan los cuidados parentales en el desarrollo del menor es sumamente significativa. Así en primera instancia, será a partir del cómo libidiniza la madre al bebé que este se irá constituyendo, siendo que es la madre o quien realice esta función, quien satisface las necesidades pulsionales del bebé, permitiendo que el menor vaya internalizando estas experiencias, las cuales dejarán una huella mnémica en él. Esto es lo que favorece al apuntalamiento de las pulsiones que más adelante intervendrán en la manera en que el sujeto se involucre con los otros y satisfaga sus deseos.

Con base a esto, Lebovici en su libro “La psicopatología del bebé” menciona:

Habiendo inscrito el bebé las huellas mnémicas de experiencias de satisfacción de necesidades, en una especie de placer, puede, gracias a la reactivación de sus zonas autoeróticas, alucinar la satisfacción de sus deseos, puesta en juego por las primeras experiencias de separación. (65) [9]

Ahora bien, es común que dentro de la teoría psicoanalítica se hable sobre estos primeros cuidados en el desarrollo del bebé desde la cuestión materna y la implicación de esta en el desarrollo, pero ¿qué pasa con el padre?, ¿acaso el papel del padre no tiene implicaciones importantes en el desarrollo del bebé?, si bien el padre es quien con regularidad provee, pero no solo en una cuestión económica, sino que este también provee una herencia a partir de las interacciones, los cuidados, la mirada, el afecto, lo cual permite que ese bebé pueda ir integrándose y constituyéndose a partir de ese Otro que o historiza y posteriormente se espera que le permita reconstruir su historia, tomarla y poder darse un lugar en el mundo, uno que se le fue dado, pero para ello los padres tendrán que permitirle que pueda “salir del molde” que de pronto se le estableció incluso antes de nacer, pues solo de esta forma podrá construirse. Como sabemos, aunque el padre este presente o no, siempre hay algo que se dona al otro, y esto puede ser desde la ausencia o presencia, desde el movimiento o la inmovilidad, por tanto, podemos considerar que el cuidado

parental es necesario y compete a quienes cumplan esta función poder dotar al bebé de esto.

Además, como se ha observado en los últimos años, se ha dado mayor auge a la interacción y responsabilidad que toma el padre respecto del menor e incluso se exige que se involucre en el cuidado de este. Lo cual es fundamental, pero no solo en la literalidad, sino en aquello que cumple la función paterna. Lebovici, Bowlby en su texto sobre el apego, menciona que los padres tienen que ayudar a la madre en el proceso de maternalización. Parte de lo que plantea este autor, es que desde la teoría freudiana se establece al padre, en el lugar de la ley que impide el incesto, sin embargo, el autor considera que en esta postura se le resta importancia al padre, en el aspecto de que quien da entrada a ese padre en la interacción con el bebé, es la madre, y aunque hay una coincidencia en la importancia de la interacción de ambos padres, al final quien termina dando este lugar es la madre, puesto que, si ella no lo permitiera no estaría presente la paternidad en el sentido de aquel que establece la ley. Siendo este un punto a observar en casos de adultos que tienen tendencias perversas o que cuentan con una estructura perversa, dado que, en ellos, no se permitió el establecimiento de esa ley, lo mismo ocurre en sujetos con estructura psicótica donde la presencia del padre es significativa, pues justo lo que falta es la ley.

Por su parte, David E. Scharff, Roberto Losso & Lea Setton en 2017, retomando a Pichon Rivière señalan que, en el eje horizontal, la persona está conectada a compañeros de vida, familia, familia extendida, el pueblo, la sociedad actual y la cultura. [10] Es decir, todos estos contextos terminan siendo parte de la constitución del sujeto y por ende se le debe poner atención a ello. De este modo, el sujeto nace en un contexto que ya está creado para él, en esta historia que le antecede y que ya determina la forma en que se llevará a cabo la crianza de este sujeto.

En este tiempo, anterior al cronológico, se ubica en escena el deseo de los padres de tener un bebé-hijo...deseo que, soporta siempre la decisión de sus padres, que se estructura como acontecimiento fundante antes del nacimiento...en este tiempo el niño imaginado, simbolizado y anticipado, ya cumple la función de hijo (29) [4].

Incluso antes de nacer el bebé, antes de concebirse, ya se le espera, se fantasea con lo que será y lo que no será, si nacerá sano, la forma en que se desarrollará, de manera que, ese bebé ya viene cargado de una demanda, que, “tendrá que cumplir”. Sin embargo, no todos los bebés vienen y cumplen las expectativas. Aun así, esto que se le transmi-

te al bebé, se dará a partir del discurso, el lenguaje utilizado por los padres o quienes cumplan esa función. Las percepciones que el menor tenga y las vivencias a partir de la posibilidad que le dan los padres, irán marcando la pauta sobre la manera en que se atiende el llamado del hijo, si se le anticipa, si se posterga la atención o no se da acuse de recibido.

Recordemos que la mirada del Otro favorece a la constitución de ese cuerpo fragmentado, el acusar de recibido, le hace ver que es un sujeto distinto del que le cuida, esto forma parte fundamental del reconocimiento que hace el sujeto de sí mismo, pues requiere de esa mirada para unificarse, esta fragmentación “se sostiene en un doble espejo, que unifica y conecta cada elemento en sí mismo y con el otro” (123) [11]. Esto da pie, a que el sujeto posteriormente pueda hacer uso de su cuerpo, le dé movimiento, aparezca el lenguaje, dado que el deseo de las figuras parentales produce un deseo en el niño que le permite constituirse, le permite verse, tener una voz, una presencia, entonces dependerá de los primeros cuidados, que, en la vida adulta, este sujeto pueda continuar en la línea del deseo que le permite vivir.

La vida adulta y su relación con lo infantil

Las afectaciones que se presentan en la vida adulta se dan como resultado de las vivencias de la infancia; pues como nos menciona Freud, el individuo ya posee un acervo de huellas mnémicas que se han sustraído a su asequibilidad consciente y que ahora, mediante una ligazón asociativa, arrastran hacia sí aquello sobre lo cual actúan, desde la conciencia, las fuerzas repulsoras de la represión (159) [12].

A partir del análisis que fue realizando Freud con sus pacientes, quienes presentaban recuerdos aislados de lo vivenciado en su infancia, pudo dar cuenta que estas huellas mnémicas al quedar inscritas determinan el desarrollo posterior del individuo, y que estos recuerdos que en su momento fueron olvidados debido a la represión, continuaban presentes en el inconsciente, al cual pocas veces fuera de un análisis se tiene acceso, sin embargo, no significa que se hayan olvidado sino que a partir de la represión han quedado en el inconsciente y lo que se tiene al respecto son recuerdos encubridores de aquello vivido en los primeros años de vida. Las huellas a las que hace referencia Freud quedan marcadas en la psique del sujeto y serán éstas las que en la vida adulta del mismo determinarán las elecciones de objeto y la forma en que se vincula con el mundo exterior que le precede, la forma de adaptarse y de percibir su entorno.

Es común en la clínica escuchar a sujetos que se encuentran desdichados con una diversidad de malestares, temores y/o angustias, quienes al ir construyendo su historia en el análisis dan cuenta que esto ha sido producido desde la infancia, que lo que en la actualidad les aqueja es una repetición de aquello vivido en los primeros años de vida, o sea, aquellas experiencias que ya tuvieron y del contexto que los envuelve, y cómo enfrenta esto el sujeto desde su realidad. Por lo tanto, que se es niño, se van integrando formas distintas de reaccionar ante las frustraciones, tristeza, dolor, alegrías, pérdidas, etc., a través del contacto con los otros, principalmente los padres, y de lo que observa de ellos. De este modo, el tipo de reacción que tengan ante las vicisitudes de la vida será con relación a todo aquello que los padres le transmitieron. La manera de resolver y de cómo lidian con distintas situaciones los padres, determinará si estos sujetos en constitución podrán hacer frente a sus propias vicisitudes o bien las evadan como una forma de protección ante el desconocimiento de lo que perciben o vivencian. Y es que, lo que deja ver casos de sujetos adultos que, con base en esa vulnerabilidad vivida en la infancia, en una vida adulta, tienen relaciones frágiles que se viven con desconfianza y angustia; así como, sujetos que suelen controlar tanto su entorno, en el afán de no sentirse inseguros ante el mundo exterior e interior, entre otros.

El impacto del análisis en la infancia

Por todo lo anterior, es importante analizar el impacto que tiene en el sujeto, el análisis en la primera infancia; de entrada, podemos decir que, el atender a un niño requiere de la participación de los padres dentro del proceso, pues serán ellos quienes nos brindan información respecto al desarrollo del menor. También en ocasiones estos padres tienen una demanda y se les dificulta poder aceptarla, pese a que se exige una “cura”, o se da el caso de aquellos niños que son enviados por instituciones y no se tiene un interés propio. Lo cual, podemos escuchar también en los niños, quienes pueden no entender por qué se encuentran ahí, dado que llegan con la amenaza de ver al Doctor que lo curara, como si se tratara de una gripe. Pero ¿qué pasa?, ¿se puede llevar a cabo así, un trabajo analítico con el menor?, y ¿cómo influye en su desarrollo? Poco se habla sobre el lugar que ocupan los padres en el psicoanálisis con niños, la forma en que se integran dentro del mismo y cómo es que el analista se dirige a estos, no obstante, al trabajar con los padres reales y no como en el caso de adultos, con los padres de la infancia, es que no se analiza a los padres, sino que se les invita a cuestionarse sobre su paternidad y maternidad, dando entrada a realizar movimientos en la crianza de ese menor que presenta diferentes dificultades, temores, angustias, enojos, entre otras cosas. También como es sabido, en

ocasiones si no es que en todas, el menor viene a ser síntoma de los padres, es decir, puede ocurrir que lo que el hijo esté experimentando y lleve a los padres a buscar tratamiento tenga que ver con movimientos que se van dando en la dinámica familiar como, la llegada de un hermanito, discusiones de los padres, separación, cambio de domicilio, escuela, ausencia de los padres, sobre protección, entre otras; que a su vez nos hablan sobre las angustias o las huellas mnémicas de esos padres que en su momento fueron niños, y que como se mencionó con anterioridad se educa en función de su propia crianza. Por lo cual, el poder cuestionarse su paternidad, también los lleva a cuestionar su infancia y su sentir ante esta, permitiéndoles hacer un movimiento en función de lo que pudiera estarse representando en el menor.

Al respecto Norma Bruner en 2020 menciona que “existe una relación entre la neurosis infantil y la neurosis adulta...pues la primera es el punto de partida de la segunda” (38) [13], es decir, esta se dará como resultado de estas primeras experiencias infantiles.

Así mismo, respecto al tratamiento con niños refiere que se ha demostrado que los efectos son radicales y duraderos. Pues el psicoanalista lo que hace es “intentar devolver al niño su creatividad, su libertad de pensar y situar a los padres de otro modo que como culpables” (54) [13]. Muchas de las dificultades que se presentan en el paternaje tienen que ver con un temor al error, al no saber si la forma en que se está siendo padre es la correcta, esto con base en todo lo que escuchan del exterior, que si bien, actualmente tiene más difusión, es algo que siempre ha existido. Y también se observa a padres seguros de su paternaje que, al momento de ocurrir alguna situación “traumática”, los desbalancea y los pone en el vórtice de la duda y la culpa.

El impacto de la psicoterapia infantil se puede ver tanto en pacientes niños como en adultos, pues al final en ambos casos se trabaja con lo infantil y con las huellas mnémicas que estas experiencias van inscribiéndose en la psique del sujeto y que a partir del análisis se pueden ir resolviendo esas cuestiones que le causan malestar y que discapacitan al sujeto en su vivir cotidiano, marcándolos con diagnósticos que se escriben con lápiz, pese a las limitaciones que pueden existir en algunos casos se puede brindar al sujeto posibilidades que le permitan poder desarrollarse de forma óptima en su vida.

CONCLUSIONES

Por último, se concluye que, a pesar de que se va avanzando en la cuestión del tiempo, las nuevas tecnologías o formas de ser padres, la mayoría de los autores y de quienes se dedican a la atención del sujeto, coinciden en que la presencia y/o ausencia de los pa-

dres, sí tiene un impacto en el desarrollo del menor y del posterior adulto. Puesto que es importante un Otro para que se pueda dar la constitución y el desarrollo del menor, por eso en psicoanálisis se habla frecuentemente de la función materna o paterna, pero hay que tener claro que esto hace referencia a quien cumpla esta función, es decir, pueden ser los abuelos, tíos, hermanos mayores, cuidadores externos a la familia, etc. La relevancia de esto recae en que tiene que haber un Otro que responda al llamado del bebé, permitiéndole verse como un todo constituido y que no solo queden fragmentos de sí, y así poder diferenciarse y constituirse como sujeto.

Estas primeras experiencias determinarán la forma en que el sujeto se desenvuelve en su vida adulta, los objetos de amor que elige y la forma en que va a satisfacer sus pulsiones o sublimarlas; en resumen, determinarán la estructura del sujeto. Por lo que consideramos sumamente relevante poner atención a estas primeras etapas de la vida, en las que también se manifiestan situaciones que causan malestar. Se trata de dar cuenta que a partir del tratamiento se pueden tener resultados favorables para el menor, lo cual ha sido constatado por diversos autores, quienes han escrito al respecto. Así mismo, con base en experiencias clínicas se puede ser testigo de los avances que se generan al estar en análisis, siendo que sujetos que llegaron con un malestar terminan haciendo una gran variedad de movimientos en sus vidas, esto también se puede presenciar en el caso de los niños (as). Además, está el hecho de que en ocasiones tras un mal diagnóstico o debido al descuido se pueden generar grandes dificultades o retrasos aparentes en el sujeto, lo que ocasiona movimientos significativos en el mismo.

Es así que, al iniciar el proceso analítico se pueden ir resolviendo las dificultades presentes, significar al niño, historizar, brindarle un simbolismo, voltear a verle y dar acuse de recibido. Esto permite que lo que se había detenido en su desarrollo, pueda seguir avanzando; cabe decir que, en estas primeras etapas, la integración de los padres es necesaria, pues a partir del cuestionamiento de su paternidad podrá hacerse cargo de una mejor manera y se pasará a otro escenario en relación con la dinámica familiar y la relación con este otro-hijo que le da el lugar de esas figuras parentales.

BIBLIOGRAFÍA

[1] UNTOIGLICH, G. (2013). En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación. Buenos Aires: Centro de publicaciones educativas y material didáctico. 2013.

- [2] UNICEF. (2005). Derechos de la infancia. [Revista electrónica], fecha de consulta: 2021-11-16. Disponible en: <http://www.amnistiacatalunya.org/edu/2/nin/index.html>
- [3] JARAMILLO, L. (2008). Concepciones de infancia. Revista Zona próxima. (8), 110.
- [4] LEVIN, E. (2006). La invención del bebé. En Discapacidad Clínica y Educación. Los niños del otro espejo. Buenos Aires: Nueva visión. 2006.
- [5] AULAGNIER, P. (2015). Nacimiento de un cuerpo, origen de una historia. The International Journal of Psychoanalysis (en español). (1.5), 1621.
- [6] RODRÍGUEZ, G. (2016). Situación de los niños, niñas y adolescentes privados de cuidados parentales en México. Entretexos. (22), 2016.
- [7] KLEIN, M. (1932). El psicoanálisis de niños. Disponible en: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/11/klein-melanie-psicoanalisis-de-nic3b1os.pdf>
- [8] KLEIN, M. (1959). Nuestro mundo adulto y sus raíces en la infancia. Disponible en: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/11/klein-melanie-nuestro-mundo-adulto-y-sus-raices-en-la-infancia.pdf>
- [9] LEOVICI, S. HERZOG, J. (1995). La psicopatología del bebé. México D. F. Siglo XXI Editores.
- [10] SCHARFF, D. LOSSO, R. SETTON (2017). Las contribuciones psicoanalíticas de Pi-chon Rivière: algunas comparaciones con la teoría de las relaciones objetales y los desarrollos modernos en el psicoanálisis. The International Journal of Psychoanalysis (en español). (3.1).
- [11] LEVIN, E. (2006) Capítulo 5. La otra niñez: los sueños y el tiempo. En: Discapacidad Clínica y educación. Los niños del otro espejo. Buenos Aires: Nueva visión, 2006.
- [12] FREUD, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. O. C. Vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu, 2013.
- [13] BRUNER, N. (2020). Padres a la escucha del psicoanálisis. Bebés, niños y adolescentes. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2020.

EL AUTISMO OCULTO EN LAS MUJERES

JESSICA ELIZABETH REYES VENEGAS

Licenciada en Psicología por el Colegio Internacional de Educación Superior, CiES, Ciudad de México. Especializada en población infantil y adolescente con TEA

Recepción: 05 noviembre 2023/ Aceptación: 03 de diciembre 2023

RESUMEN

El trastorno del espectro autista conlleva una serie de alteraciones en el desarrollo global del niño desde una etapa temprana. Existen 3 tipos de niveles de afectación en los que se divide este espectro, del cual, no sólo existe evidencia médica de que ciertas zonas cerebrales están implicadas en la interferencia del funcionamiento adecuado de este órgano, sino que también, he podido encontrar información relevante psicoanalítica que hace referencia a este trastorno, entendiéndolo como una forma de defensa a sensaciones intolerables en una infancia temprana, asociándose con vínculos de temor, devastadores para una mente en desarrollo, sin estructura, y con pocos recursos.

A lo largo de la historia los principales expositores de este tema nos han dado información valiosa que ha hecho grandes cambios en la forma de percibir esta afectación. Abordaré las conductas más concurrentes que presenta el trastorno del espectro autista, sobre todo del sector femenino diagnosticado, todo esto, enlazado con la experiencia que he recolectado durante el año que tuve la estadía en la clínica de autismo en el CISAME. También me centraré en las dificultades que especialistas, pacientes y familiares han externado a la hora de terminar y recibir un diagnóstico de niñas y mujeres.

PALABRAS CLAVE: autismo, diferencias de género, familia, licenciatura en psicología, mujeres, problemáticas emocionales, psicodiagnóstico.

SUMMARY

Autism spectrum disorder entails a series of alterations in the global development of the child from an early stage, there are 3 types of levels of involvement into which this spec-

trum is divided, of which, not only is there medical evidence that certain brain areas are involved in the interference of the proper functioning of this organ, but also, I have been able to find relevant psychoanalytic information that refers to this disorder, understanding it as a form of defense against intolerable sensations in early childhood, associated with bonds of fear, devastating for a developing mind, without structure, and with few resources.

Throughout history, the main speakers on this topic have given us valuable information that has made great changes in the way we perceive this affectation. I will address the most common behaviors presented by autism spectrum disorder, especially in the diagnosed female sector, all of this linked to the experience that I have gathered during the year I spent at the autism clinic at CISAME. I will also focus on the difficulties that specialists, patients and family members have expressed when completing and receiving a diagnosis for girls and women.

KEYWORDS autism, women, diagnosis, family, problems, differences.

RÉSUMÉ

Le trouble du spectre autistique entraîne une série d'altérations dans le développement global de l'enfant dès le plus jeune âge. Il existe 3 types de niveaux d'implication dans lesquels ce spectre est divisé, parmi lesquels non seulement il existe des preuves médicales selon lesquelles certaines zones du cerveau sont impliquées. dans l'interférence du bon fonctionnement de cet organe, mais aussi, j'ai pu trouver des informations psychanalytiques pertinentes qui font référence à ce trouble, le comprenant comme une forme de défense contre des sensations intolérables dans la petite enfance, associées à des liens de peur, dévastateurs pour un esprit en développement, sans structure et avec peu de ressources.

Tout au long de l'histoire, les principaux intervenants sur ce sujet nous ont fourni des informations précieuses qui ont apporté de grands changements dans la façon dont nous percevons cette affectation. J'aborderai les comportements les plus courants présentés par les troubles du spectre autistique, en particulier dans le secteur féminin diagnostiqué, tout cela lié à l'expérience que j'ai acquise au cours de l'année que j'ai passée à la clinique d'autisme du CISAME. Je me concentrerai également sur les difficultés exprimées par les spécialistes, les patients et les membres de la famille lors de la réalisation et de la réception d'un diagnostic pour les filles et les femmes.

MOTS CLÉS autisme, femmes, diagnostic, famille, problèmes, différences.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo expondremos las cualidades del trastorno del espectro autista y la serie de afecciones que conlleva en el desarrollo global del niño desde una etapa temprana, así como, sus expresiones más específicas. Enumeraremos los diferentes niveles de malestar en los que se divide y hablaremos de estudios concluyentes en los que ciertas zonas cerebrales están implicadas en la interferencia del funcionamiento conveniente de este órgano.

Se realiza un recorrido de los principales expositores de este tema a lo largo de la historia desde hace algunos siglos. Principalmente abordamos las conductas más concurrentes que presenta el sector femenino diagnosticadas de forma positiva con esta afectación, y de la mano información verídica sobre el TEA en el mismo grupo, todo esto, enlazado con la experiencia recolectada durante un año de estadía en la clínica de autismo en el CISAME. También nos centramos en las dificultades que especialistas, pacientes y familiares, han externado a la hora de concretar y recibir un diagnóstico preciso de niñas y mujeres. Consecuentemente tomamos en cuenta ciertas herramientas que se usan para la terapia en niñas con TEA que de forma cercana se observaron y se pusieron en práctica, poniendo al descubierto que dan resultados positivos en la vida de esta población y a su círculo cercano. Concluimos con la esperanza de ser un aporte más sobre este tema que a lo largo de la historia ha sido dejado a un lado.

DESARROLLO

Trastorno del espectro autista (TEA)

El TEA se constituye de varias afectaciones al neurodesarrollo, que se pueden observar desde la infancia primera, pero a menudo se diagnostica en una edad más avanzada. En muchos casos puede creerse que se trata de una imperfección auditiva grave, sin embargo, conforme avanza la observación, salen a flote características como dificultades o deficiencias en la interacción social, comunicación e imaginación, y un patrón de actividades repetitivo y rígido [1].

De acuerdo a Wing en 1998 [2] como rasgos distintivos se tienen que:

Las deficiencias podrían ser sutiles y difíciles de reconocer, o, por el contrario, muy severas, en tanto se da un retraso o muy poca adquisición de habilidades lingüísticas a lo largo de toda la vida. Es viable que se presente junto a cualquier nivel de inteligencia, que contenga una discapacidad profunda o estar en una categoría superior al promedio. Engloba otras discapacidades, trastornos mentales o síndromes, aunque con la edad se

producen cambios en el patrón de conducta, el comportamiento tal vez cambie de acuerdo al entorno y personas; la educación y el lenguaje también influyen en el actuar de cada individuo y también existe una necesidad profunda de establecer rutinas.

Hace algún tiempo aún se consideraba al nivel más leve y funcional del espectro autista como síndrome de Asperger, no obstante, en la actualidad en el DSM-V, los niveles de afectación se manejan como grado I, socialmente independiente, grado II, necesita constante ayuda y apoyo, y, grado III, es dependiente de otras personas [3].

Antecedentes (historia)

Expuesto por Celis y Ochoa en 2022 [4], la palabra autismo es un neologismo procedente del prefijo griego *autos*, que significa uno mismo, y el sufijo *ismós* que forma sustantivos abstractos que denotan cierto tipo de tendencia, en este caso, sería internarse en uno mismo, y el vistazo clínico designa a aquellos que se aíslan del mundo externo.

Wing [2] recorre la historia de descripciones de niños con probable TEA sin un diagnóstico; uno muy famoso se dio en 1801, el niño salvaje de Aveyron conocido como Víctor, quien fue encontrado desnudo y desnutrido entre los 9 años de edad en medio del bosque, su conducta era extraña, no hablaba, y se pensó que se debía al aislamiento y nulo contacto humano, descartándose antes mutismo o algún problema en las cuerdas vocales. El médico francés Itard creía que Víctor tenía serias dificultades generalizadas del aprendizaje, ya que manifestaba conductas destructivas, gusto por el orden y no le interesaba la interacción social, además, nunca aprendió a hablar. En 1809 John Haslam describió a un niño de un año de edad, el cual cambió su comportamiento drásticamente después de un grave sarampión, empezó con vocalizaciones repetitivas y conductas impulsivas y agresivas. Más adelante en 1919, Lightner Witmer escribió un artículo sobre un niño de casi 3 años que exhibía comportamientos autistas en su forma típica, pero que logró avanzar escolar y socialmente gracias a terapia individual. Sin embargo, la primera persona en describir concretamente de manera pública síntomas del TEA, fue Grunya Sukhareva en 1925, una psiquiatra infantil que estudió primero seis niños en los que observó criterios del TEA que hoy en día se siguen utilizando en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana para Diagnosticar (DSM). Casi dos decenios después en 1943, Leo Kanner en Estados Unidos observó que una serie de niños remitidos a su clínica presentaban un patrón de conductas inusuales, propuso criterios como, aislamiento social profundo, ideas obsesivas, fisonomía inteligente y pensativa, y alteración en la comunicación verbal (mutismo o lenguaje poco comunicativo) al que llamó autismo infantil precoz. Sólo un año después Hans Asperger en 1944 en Austria, publicó un artículo sobre un grupo de niños y adolescentes varones

con otro patrón de conducta, como aproximación social ingenua e inadecuada, intereses rígidos, buena gramática y vocabulario, pero charla monótona, pobre coordinación motriz, capacidad intelectual media a superior, pero frecuentemente con dificultades de aprendizaje, falta de sentido común, y sobretodo, notó que los padres no percibían ninguna anomalía hasta después de los 3 años en que empezaban a ir a la escuela, todo esto, se conoció más tarde como el Síndrome de Asperger. En la década de 1960, Michael Rutter y sus colegas propusieron que la escasa funcionalidad del cerebro tendría que ver con el autismo de causa fisiológica, debido a un desarrollo inadecuado, sin involucrar métodos de crianza, aunque como lo señala Barruel en 2018 [5], en ciertas teorías psicoanalíticas, se entiende al trastorno como una forma de defensa primitiva y devastadora, que retira del mundo de las emociones, provocada a su vez por grandes angustias en la infancia temprana, considerando que se huye de sensaciones intolerables y asociándose con la presencia de vínculos donde predomina la ansiedad de separación o el temor de invasión, fusión e indiferenciación con el otro, lo cual, puede ser devastador para una mente en desarrollo, sin estructura y con pocos recursos. Se piensa que solo logran tolerarse estas angustias utilizando mecanismos de defensa extremos que deja vacíos, empobreciendo o trastornando la mente, en ocasiones de forma irreversible. Para 1970 Israel Kolvin y sus compañeros expusieron las diferencias entre autismo y esquizofrenia infantil, y a partir de ese año, se deliberaba que era más amplio el espectro, a como se venía pensando. Así mismo, en un principio el DSM y el CIE acrónimo en español de la Clasificación Internacional de Enfermedades, no contenían información precisa sobre este trastorno, ya que su sintomatología solo se describía dentro de otros trastornos, sin embargo, a lo largo de la historia se fue visibilizando, primero dentro de la esquizofrenia, después psicosis infantil y por último un trastorno del neurodesarrollo [3] .

Saitoh, Karns y Courchesne en 2001 [6] hallaron que el sistema límbico (SL) y el cerebelo son zonas implicadas en este trastorno, dado que diferentes sectores de este compuesto del cerebro intervienen en la memoria y funciones sociales y afectivas que se encuentran típicamente alteradas en el autismo, lo que ha supuesto incluso, que podrían existir lesiones prenatales en estas áreas, causando un desarrollo defectuoso de las estructuras antes mencionadas e interfiriendo con el proceso de todo tipo de información sensorial recibida por medio de los sentidos, lo cual, llegaría a tener efectos considerables logrando ser un elemento subyacente de los diferentes síntomas autistas. Todo lo anterior, se encontró gracias a que midieron exhaustivamente la sección transversal del área dentada (AD) y de otras zonas del sistema límbico, utilizando resonancia magnética en pacientes autistas y neurotípicos entre los 29 meses a 42 años. Los resultados publicados indican que la por-

ción transversal del AD es más pequeña de lo normal en estudiados con este síndrome, apareciendo la mayor desviación del tamaño normal en niños con diagnóstico positivo entre las edades de 2 1/2 a cuatro años, así mismo, los autores señalan que esta sería la primera evidencia directa sobre la existencia de anomalías anatómicas desde los primeros años de vida, persistiendo en el desarrollo y hasta la mediana edad.

Manifestaciones conductuales en el TEA

La mayoría de los casos en que se da un diagnóstico positivo, la esfera de deficiencias se va percibiendo paulatinamente, sobre todo en el caso de las niñas, pues si la menor tiene un nivel de habilidad alto en ciertas áreas, los padres pueden pensar que su desarrollo es normal o simplemente dejan pasar por alto ciertas conductas, hasta que se da un notable cambio o regresión, aun mas cuando inician la vida escolar. Es así que, a continuación, hablaremos de estas manifestaciones:

Según Escotto J. (2017) [7], muchos infantes muestran alteraciones en la interacción social, las que podemos englobar son; aislamiento, sostener la mirada enérgica y prolongadamente, tocar o abrazar en situaciones inadecuadas, alteración conductual sin razón aparente, no controlar la entonación de su voz, ni comprender lenguaje diverso, estereotipias que pueden verse a manera de movimientos de extremidades corporales o faciales, si se les obliga a suprimirlas solo se lograría tensar o angustiar, retraso en la imitación, que en niveles altos, es necesario guiar los miembros externos para extraer de la inactividad y que se siga o se aprenda cierta labor, establecer rutinas, en ciertos casos los niños soportan el cambio, pero en otros, pueden entrar en un estado de confusión e iniciar una rabieta, y harán cualquier cosa para hacer sus acciones habituales de nuevo. Tal es el caso del paciente 'A', quién estaba acostumbrado a llegar a CISAME siempre por la misma ruta, pero el día de su cita había una manifestación que impedía el paso, por lo que el taxista tuvo que tomar otro camino para poder llegar a la clínica, 'A' se puso muy nervioso e inquieto, incluso llegó a un llanto casi incontrolable, de modo que, solo pudo tranquilizarse bajando del taxi y caminando por el sendero habitual. Otras manifestaciones van de acuerdo a la sorprendente respuesta a estímulos sensoriales como los sonidos, para ejemplificar quiero mencionar al paciente 'B', un infante de 7 años, que tuvo una etapa en donde disfrutaba de ruidos en gran magnitud, fuera cual fuera, a pesar de que anteriormente solía ignorarlos y tener la percepción de que la T.V. o radio se deben escuchar en un volumen modulado, pasado un tiempo, sin más, regreso a su escucha habitual. Por otro lado, también encuentran desagradables algunos sonidos específicos, llegando a tener que cubrirse los oídos cuando este suena, ejemplos de esto tengo varios, pues el

consultorio cuenta con un ventanal que da hacia la calle y entra el sonido del tránsito, ciertas niñas cuando está abierto, expresan que les duelen los oídos, hacen gestos de incomodidad, o intentan cubrirse la audición con los hombros, ropa o manos; también hay infantes que expresan que no les gusta y da miedo el sonido del carro de los camotes o del fierro viejo, e incluso padres que refieren, conductas de impaciencia al escuchar el sonido de la licuadora o instrumentos musicales. He visto en el CISAME, cómo diferentes varones no atienden cuando se les enuncia por su nombre o apodo, hasta después de varios intentos, incluso si es el padre o madre quien les habla, pero en el caso de las niñas, se observa que, tanto en la terapia como en la evaluación, giran la cabeza hacia el lugar de donde se les denomina en la primera o segunda vez que se les solicita, sea quien sea. Siguiendo con otras variaciones, los efectos visuales podrían dejarles fascinadas, ignorarlos o angustiarse por luces intensas, flashes, etc., aunque también pueden utilizar el rabllo del ojo para observar los objetos desde otra perspectiva y encontrar asombro en ello, es por eso, que cada sujeto necesita una evaluación específica, ya que durante una plática sobre experiencias sensoriales para cuidadores de personas con TEA impartida por psicólogas y terapeutas físicas en CISAME, explicaron cómo el cuarto de estimulación sensorial a pesar de ser útil para una intervención terapéutica y adaptativa en el ámbito de los sentidos, también es una sala donde se encuentran estímulos como: destellos, música, objetos, texturas, imágenes, sonidos, aromas, vibración, etc., los cuales son controlados, pero a pesar de esto, algunos pequeños no soportan estar ahí dentro; por lo que si se les expone, de manera obligada y prolongada, se pueden desencadenar cuadros de agresividad, ansiedad o paranoicos. Algunos infantes muestran desagrado extremo con el contacto físico directo o con alguno de sus 5 sentidos, por ejemplo, en las primeras semanas de mi servicio social conocí al paciente 'C', un niño con autismo grado I, hipersensorial, que desde el principio me pidió que no me acercara mucho y no lo tocara, además de esto, suele utilizar zapatos una o dos tallas más grandes de la suya, ropa específicamente de algodón y le molestan los sonidos fuertes, a raíz de esto ha tenido problemas en su desarrollo académico, pues cursa el año escolar con otros 30 niños en el mismo salón, lo cual, lo desestabiliza y estresa, ya que no soporta el ruido de su alrededor y su reacción es adentrarse en sus pensamientos creando sesgos en su educación. En otros casos los sabores, texturas, ciertos olores, vibraciones, dolor y la temperatura, causan como respuesta: angustia, indiferencia, fascinación, o enojo, todo dependerá de la hipersensibilidad que muestre el niño. Hay ejemplos de individuos que son selectivos con la comida, otros no soportan ir a la playa para no tener contacto con la arena a causa de las razones antes mencionadas, etc. El caso del paciente 'D', es muy peculiar, era menor

a tres años cuando lo conocí, se auto agredía, pero además es resistente al dolor, al principio azotaba su cabeza contra la pared o suelo, hoy por hoy ha tenido un accidente que requirió sutura, pero a él no le causó mayor incomodidad; a pesar de estas conductas, tanto el medicamento como la terapia han ayudado en el control de emociones y conductas agresivas. Por otro lado tenemos a la paciente 'E', una menor de cinco años quien también presentaba episodios de agresividad. Al inicio de las terapias dejaba caer todo su cuerpo contra el suelo, azotaba la cabeza contra las patas de la silla o la mesa, suelo y pared, gritaba, lloraba y pataleaba a causa de su poca flexibilidad, altos grados de irritación y desconocimiento del tratamiento, pero la terapia ambiental y de nuevo la medicina, hicieron que sus niveles de rabia y poca tolerancia a la frustración disminuyeran. Así mismo, algunos infantes con este trastorno pueden explorar el mundo por medio de los sentidos durante más tiempo del habitual, pudiendo observarlo en aspectos como introducir los objetos a su cavidad oral, poniéndolos sobre la cara, o explorarlos durante un periodo prolongado. Agregando a lo anterior, también es común ver en las mujeres adoptar un papel masculino que les ayuda a disfrazar síntomas como la alteración sensorial táctil, al vestir con ropa holgada, no utilizar accesorios o mantener el cabello corto, el caso de la paciente 'F' ejemplifica esto, quien es una adolescente de 12 años, la cual suele vestir con pantalones holgados, sudaderas y gorros, a pesar de estar en épocas de calor, ella no se quita muy a menudo el suéter, lo que muestra alteración en su percepción del clima, dado que en el consultorio suele hacer calor la mayoría del tiempo y así sucede con muchos otros pacientes.

La menstruación ha sido durante muchos años un tema estigmatizado, a la mayoría de mujeres neurotípicas les causa incomodidad hablar de ello, y mucho más, a las que tienen este trastorno, como lo dice Simone en 2013 en el libro del titulado: "El Asperger en femenino".

Las chicas con autismo viven la menstruación como una intrusión en su infancia e incluso en su identidad individual, el hecho de llevar tampones o compresas a la escuela es una nueva rutina, que muy frecuentemente causa pesadillas, lo que se complica por los dolores abdominales y diferentes malestares que se presentan durante este ciclo. A la mayor parte del sexo femenino con autismo les aterroriza ser observadas cuando tienen la regla, da la impresión de que todo el mundo lo sabe y es humillante (45) [8].

Los padres, son de gran ayuda en estos casos, al ser honestos y dar información que les ayude a prepararse y desmitificar el tema. La cuestión de ser hipersensoriales, les afecta para acostumbrarse al tacto con los componentes de higiene menstrual, ya que es algo

ajeno y extraño a su cuerpo y hábitos, por eso, es importante que desde pequeñas se les guíe, en tanto si se les expone de una forma repentina a todo esto, podrían llegar a confundirse, sentirse ansiosas, incómodas, intranquilas y sobretodo frustradas, puesto que es algo novedoso a lo que tienen que acostumbrarse, de ahí que, en la clínica de autismo en donde hice mi servicio social y prácticas profesionales, un equipo de psicólogas se preocupa por hablar de estos temas tabús, además de que, uno de los talleres que se imparten, es el “manejo de higiene menstrual en el TEA”, al que tuve oportunidad de asistir y en el que observé la confusión de las madres; ellas no sabían cómo explicar el proceso de la menstruación y uso de materiales higiénicos, pero también la confusión de las menores a quienes se les estaban mostrando cosas nuevas.

Elfinia: Cada vez que debía cambiar mi compresa en la escuela, me ponía roja. Era como si todos conocieran mi secreto cuando evidentemente no era el caso. Se trataba de algo completamente natural y a pesar de eso la vergüenza y la culpabilidad que sentía eran intensas (45) [8].

Lo que se sabe del TEA en el sexo femenino

Muchas mujeres con trastorno del espectro autista son diagnosticadas de manera tardía o reciben conclusiones erróneas, como: fobia social, depresión o trastorno límite de personalidad. Gracias a su funcionalidad frente a las exigencias sociales esta alteración puede camuflajearse, atrasando un trabajo terapéutico específico. Se estima que las mujeres no tienen los mismos altibajos que los hombres [9]. Por ejemplo, las estereotipias, no muestran movimientos obvios, sin embargo, el tejer puede disimular esta conducta estereotipada, ya que es un conducto de relajación, que a su vez se puede reemplazar con otras actividades como manualidades o trabajos manipulativos. El presente comentario trata sobre la hermana de un paciente, el padre de ambos murió durante la pandemia, la madre y el hijo acuden a terapia, pero la pequeña de cinco años no, la cual le externó a su progenitora que tiene autismo, la mamá se presentó al CISAME preocupada de no saber qué hacer, principalmente porque recibió como sugerencia de su psiquiatra no llevarla aún a valoración, ya que, para él, todavía estaba muy pequeña para recibir un diagnóstico. Lo que quiero resaltar con esto, es que si se presenta algún signo de autismo, sin duda se debe acudir con el especialista correspondiente para confirmar o descartar cualquier anomalía, y entre más pronto mejor.

La Universidad de Burgos (2023) [9] describe que los patrones de gustos y conducta son muy similares entre mujeres con TEA y sin el trastorno, aunque exhiben más intensidad al momento de expresar sentimientos o ideas; por otro lado, no se encuentran diferencias en

el área social en función del género y hay menos dificultades con la comunicación, debido a que se ha observado facilidad para autoanalizarse y describir su propia sintomatología, pero a pesar de esto, si presentan mayor incidencia de alteraciones sensoriales, como el caso de la paciente 'H', quien acudió a valoración, obtuvo puntuaciones en el rango de promedio y promedio alto en la prueba de inteligencia, pero en test de conductas autistas también obtuvo parámetros elevados, a pesar de que, a simple vista no se observan alteraciones significativas y que según su discurso y el de su madre, presenta plática fluida y relaciones sociales con sus pares. Es importante destacar que la auto estimulación es un hecho que lleva como finalidad dar calma en momentos de enojo, desorganización, sobrecarga emocional o sufrimiento; los comportamientos estimulantes más comunes suelen ser, balanceos, oscilaciones de cabeza, vocalizaciones, dar vueltas, aplaudir, tamborilear los dedos, entre otros [8]. El tocar sus genitales e incluso la masturbación también pueden ser vías de escape energético, puesto que lo encuentran placentero, pero durante la terapia y bibliografía sobre sexualidad se habla de normalizar estas conductas, informar a los padres y pequeñas sobre las maneras y lugares adecuados donde hacerlo, y sobre todo, desmitificar y entender que no son conductas incorrectas, es parte de la sexualidad humana, sólo debe saberse hacer de forma higiénica, cuidadosa y privada, debido a que también previene de abusos, pues los niños con algún trastorno, enfermedad o discapacidad son más propensos a pasar este tipo de abusos.

Tan lejos como soy capaz de recordar, mis primeros comportamientos de auto estimulación se resumen en hacer girar una peonza y balancearme en un caballito mecedor, ambos socialmente aceptables para una niña. Recuerdo que buscaba en la oscuridad con los ojos cerrados, eso me divertía y al mismo tiempo me relajaba. De vez en vez apretaba mis ojos para tener una explosión de círculos incapturables. Ahora ya no puedo recurrir a estas formas. Actualmente siendo adulta parezco más disonante. Sin embargo, después de dar una conferencia tengo que cruzar corriendo el parking hasta alcanzar mi coche. No me importa que me vean. Cuando estoy muy estresada aprieto mis manos a cada lado de mi cabeza balanceándome hacia adelante y hacia atrás. Siempre es mejor eso que tener un colapso emocional o padecer una úlcera (45) [8] .

Cabe mencionar que, algunos estudiosos como Simone [14], Wing [2], Chawarska y colaboradores [10] y el DSM-5 [3], exponen diferentes síndromes, deficiencias y problemas que se presentan en dualidad junto con el cuadro diagnóstico de varios individuos estudiados y afectados por el TEA.

¿Por qué resulta difícil el diagnóstico de TEA en niñas? Posibles impedimentos

En primera instancia debe tomarse en cuenta que las cifras comparativas entre hombres y mujeres varían en muchos aspectos, además de que, al ser más complicado definir la presencia de este espectro en mujeres, resulta que aún, hay muchas de ellas sin el conocimiento de tener esta condición, así como de ciertos profesionales que no cuentan con las herramientas necesarias para el diagnóstico, todo esto se puede ejemplificar en el estudio de Kopp y Gillberg de 1992 [11], en el que se hallaron ciertos impedimentos para llegar a un diagnóstico concreto. En una muestra de seis niñas con un rango entre los 6 a 10 años de edad se encontró la presencia de un cuadro clínico que no había llevado a muchos especialistas a considerar un diagnóstico de autismo, a pesar de que habían mostrado retrasos motores leves, desviación del desarrollo atípica y déficits sociales, comunicativos e imaginativos antes de los 2 años en todos los casos, estas pequeñas cumplen con los criterios del TEA, y cuentan con un coeficiente intelectual en el rango de 60 a 100, hablan en oraciones complicadas y tienen una menor incidencia de conductas disruptivas por lo menos en el caso de las niñas analizadas, es así que, pudieron concluir que no suelen ser tan evidentes los rasgos autistas, ni tampoco existe una media de edad en el diagnóstico de TEA en niñas. Como el caso de la paciente 'I', una menor que desde una edad temprana recibió estimulación cognitiva por parte de su madre y abuela materna, pero a pesar de estos esfuerzos la pequeña presenta dificultad de contacto visual, lenguaje social disminuido para su edad y juego repetitivo, entre otros, lo cual, acerca más al diagnóstico de TEA, no obstante, dicho diagnóstico no se ha confirmado, ni descartado, pues tanto a la paidopsiquiatra, como la psicóloga clínica de valoración e incluso a mí, nos parece un caso confuso y son necesarias más pruebas para que apoyen y sustenten cualquiera que sea el resultado, hay que recordar que a pesar de lo que diga el dictamen, se tiene que tomar con seriedad para poder apoyar de la mejor manera a la menor y a cualquier persona que reciba la ayuda.

El estudio comparativo entre ambos sexos con alto riesgo genético de TEA, hecho por Chawarska, Macari, Powell, DiNicola, y Shic en 2016 [10], expresa una problemática a la hora de hacer pruebas para diagnosticar TEA en niñas. Con ayuda de la herramienta Tobii de seguimiento visual de estímulos, se evidenció que el sexo femenino muestra una mayor atención conjunta a objetivos sociales, incluidos los rostros, ojos, sonrisa y gestos, en comparación con los hombres de alto y bajo riesgo a quienes les cuesta más trabajo este tipo de interacción. Me parece importante resaltar este punto, pues basada en mi experiencia he notado que la mayoría de varones con TEA se rehúsan a mirar los ojos de otra

persona, pero en el caso de las niñas esto no sucede, puesto que incluso imitan gestos faciales y responden a la sonrisa, tal es el caso de la paciente 'J', una menor de cinco años, hija única; la madre refiere que sólo habla de manera recíproca cuando están juntas y a solas, de otra forma sólo emite ciertas palabras o las repite si se le pide, muestra mutismo selectivo, ya que en ocasiones, aunque sabe la palabra, no la expresa y suele evitar la mirada a menos de que esté emocionada, en razón de que esto, la hace querer interactuar socialmente, lo que no sucede con sus semejantes del sexo contrario, pues a pesar de querer incluirse en sus intereses, la mayor parte del tiempo ellos reaccionan de forma hostil.

Así mismo la investigación de Lemon, J., Gargaro, B., Enticott P. y Rinehart, N. en 2011 [12] examinó las diferencias de género en el funcionamiento neuroconductual en niños y niñas con TEA, en donde cada uno completó ciertas actividades, los autores resaltaron que, en la tarea de parar, las mujeres demostraron un aumento significativo en el tiempo de detenerse, es decir, dejaron de actuar más lento que los hombres. Por lo tanto, al ser una medida común de inhibición de la respuesta podría derivar en toma de riesgos, disfunción ejecutiva e impulsividad, debido a que su cerebro está predispuesto a actuar de forma inmediata.

Herramientas para la terapia en el TEA

El trastorno del espectro autista afecta al desarrollo de actividades diarias, es por eso que, existen intervenciones psicosociales basadas en evidencias, que demuestran tener un impacto positivo en pro de su bienestar y calidad de vida, así como de los cuidadores. En muchos casos se ve una notable mejoría en actitudes sociales y comunicación, pero estos métodos deben aplicarse a todos los lugares en los que las infancias con TEA se desarrollan para lograr mayor inclusividad y accesibilidad. Aunado a esto, se debe trabajar de manera multidisciplinaria y no restarle importancia a ninguno de los aspectos de su vida, porque la población con autismo, percibe al mundo diferente a una persona neurotípica, podrían llegar a obsesionarse con cualquier tema que les resulte fascinante. Tal es el caso de los pacientes 'K' y 'L'. En cuanto a 'K' es un menor de 5 años que le fascinan los planetas, sabe sus nombres, los dibuja todo el tiempo, de modo que su ropa suele tener este estampado, sabe y externa conocimientos no solo de los astros, sino del universo y de componentes que tengan que ver con esto, y si tratas de hablar de otro tema regresa de inmediato a su idea, dejando poca posibilidad a una charla social. 'L' es una niña de 4 años de edad, a quien le gustan los tiburones, tiene peluches y juguetes sobre este animal, si tratas de retirar los escualos cuando ella está entretenida llora, grita, se enoja y

no quiere hacer otra actividad que no sea con estas especies, más sin en cambio se le muestran materiales sobre fauna marina y paulatinamente se va cambiando el instrumental para trabajar atención, seguimiento de instrucciones, lenguaje, entre otros.

Una vez que se ha dado el diagnóstico, es importante que se le ofrezca al paciente y a su familia, información y servicios pertinentes, derivación a especialistas y ayudas prácticas de acuerdo con sus deseos y preferencias. La atención para las personas con autismo es compleja, y requiere una serie de servicios integrados, que abarca sectores educativos, médicos, laborales y de asistencia social [1]. Todo esto se puede ver ejemplificado en la clínica de autismo de CISAME, ahí se trabaja de forma multidisciplinaria entre, psicólogos terapeutas, médicos paidopsiquiatras, terapeutas de lenguaje y físicos, enfermería, trabajo social, y de la mano de su entorno familiar, redes de apoyo, escuela, y si es el caso, de profesores y compañeros.

Existen diversos métodos y estrategias de Comunicación Aumentativa y Alternativa; uno de ellos, fue diseñado específicamente para niños con autismo y otros trastornos relacionados, se le conoce como PECS, que por sus siglas en inglés significa: Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes, el cual fue desarrollado en 1985 y se usa en todo el mundo; el objetivo principal es enseñar una comunicación funcional y se ha demostrado que ciertos pacientes desarrollan el habla con este método, mientras que otros, pueden hacer la transición a un dispositivo generador de voz. Debe tener como objetivo el habla y no usarse solo como vehículo de comunicación [13]. El paciente 'M' es un menor de 5 años que llegó a CISAME con nula comunicación, poca tolerancia a la frustración y agresividad, sin embargo, gracias al método, en conjunto con terapia psicológica y de lenguaje, el pequeño ha desarrollado una comunicación funcional y ha disminuido la agresividad hacia el entorno.

El método global de lectoescritura es un modelo que trabaja a la par el desarrollo de caligrafía y lectura, gracias a que se ayuda de imágenes y repaso de sílabas y letras, he visto como ayuda sustancialmente a las menores que tienen un problema en el aprendizaje. Existen varios modos con los cuales se puede utilizar esta táctica, pero el elegido durante la terapia en el CISAME, es el método palabra generadora, este inicia con una palabra, que se asocia una imagen y después se divide en sílabas, letras y sonidos. El paciente 'N' al comenzar con este sistema no tenía la capacidad de reproducir las letras a pesar de tener que remarcarlas solamente, requería de ayuda, con el paso de las sesiones, tareas en casa y escolares fue mejorando su táctica hasta llegar a acentuar y escribir por sí solo.

Las estrategias que suelen proporcionárseles a los padres de familia, son: utilizar lenguaje simple y preciso; confirmar que se entiende de lo que se está hablando o preguntando; intentar que mire a la cara cuando se le habla; no dejar que se obsesione con una sola cosa y encaminar a nuevas actividades; practicar turnos y flexibilidad en la rutina diaria; anticipar cambios; identificar los disparadores de tensión para evitarlos o distraerles; enseñar estrategias para hacer frente a diferentes situaciones; expresar sentimientos propios para que el pequeño aprenda que es válido y necesario; ser pacientes y comprensivos con sus procesos, tiempos, sentimientos y pensamientos [15].

CONCLUSIÓN

Después de desarrollar lo expuesto, reafirmé que el género femenino, considerando los antecedentes recabados históricamente, ha estado reducido a casos clínicos de varones, lo cual, ha hecho caer a la población de mujeres en retrasos en el diagnóstico preciso y oportuno, contando con una baja tasa de detección; todo esto, debido a que suele ser frecuente en mujeres que sufren de esta afectación que sus habilidades sociales encubran ciertas anomalías, llegando a confundir a especialistas y haciéndoles llegar a otra conclusión, puesto que las peculiaridades más notorias para el diagnóstico están más arraigadas a conductas varoniles. Las chicas a lo largo de la historia se han encontrado sumergidas en una cultura dentro de esta categoría que no ha sido profundizada de forma constante, así, la mayoría de los instrumentos escalares y de medición de este diagnóstico se perciben poco sensibles a las alteraciones que el autismo causa en las niñas como resultado de una mayor incidencia en varones.

Después de un diagnóstico positivo en autismo, es completamente normal que pacientes y padres presenten problemas emocionales y/o resistencia al diagnóstico, porque es un padecimiento que aparece súbitamente, no es posible detectarlo desde la etapa de gestación y suele ser traumático, ya que el niño muestra un desarrollo de acuerdo a su etapa evolutiva, pero posteriormente se da un retroceso del desarrollo global lo que deja muy confundidos a los padres, sobre todo porque el autismo aún no es tan comprendido.

Por mi parte, creo firmemente que el tratamiento del autismo debe ser adaptado a las necesidades, cuadro clínico y particularidades de cada uno de los pacientes, y es que este síndrome debe ser visto como una forma distinta de vivir. Suele suceder que las niñas con autismo a menudo se perciben diferentes a sus compañeros de clase, pares y mucho menos se identifican con representaciones o ídolos en medios de comunicación, esto pasa más en una presentación de TEA intenso, que, por supuesto es más evidente a la mirada externa, siendo el foco de poca comprensión, sensibilización y tolerancia. Sin embargo, a

pesar de ser un reto el diagnóstico y requerir de una alta especialización en este tema, se encuentran esperanzadores los esfuerzos de cada profesional de la salud que se encarga de estos casos, y he visto durante mi práctica profesional los frutos de los esfuerzos, pues cada vez llegan niñas más pequeñas a centros de primera atención que son tomadas en cuenta y encajan en esta diagnosis. Ahora se sospecha más rápido de conductas anómalas, a pesar de ser más elaborada la valoración encuentro dentro del consultorio clínico la importancia de tener un tratamiento oportuno, eficaz y adecuado.

Es típico observar algunos papás que pueden alcanzar una gran frustración al ver que su hijo no imita ciertas destrezas que ellos quieren enseñarle, sin embargo, no es porque él no quiera, sino porque no puede.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Organización Mundial de la Salud OMS, (29 de marzo de 2023). Autismo. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- [2] WING, L. (1998). El autismo en niños y adultos, “una guía para la familia”. Barcelona: Paidós.
- [3] American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5a ed.) (DSM-V). Washington DC (EEUU): APA
- [4] CELIS, G. Y OCHOA, M. (2022). Trastorno del espectro autista (TEA). Revista de la facultad de medicina (México), 65(1). Recuperado de <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.1.02>
- [5] BARRUEL, M. (2018) Autismo: una visión desde el psicoanálisis. [Entrada de blog]. Recuperado de <https://www.centroeleia.edu.mx/blog/autismo-una-vision-desde-el-psicoanalisis/>
- [7] ESCOTTO, J. (2017). Del silencio al dialogo, el examen mental en el autismo y en etapas preverbales. Ciudad de Mexico: Mexico: Consejo editorial, H. Camara de Diputados.
- [6] SAITOH, O, KARNS, C. Y COURCHESNE, E. (2011). Desarrollo del hipocampo entre los 2 y 4 años y su relación con el autismo. Brain 124, 1317-1324 <https://www.intra-med.net/contenidoover.asp?contenidoid=13413#comentarios>
- [8] SIMONE, R. (2013). El Asperger en femenino [Traducido al español de Empowering Females With Asperger Syndrome]. Catalunya: Jessica Kingsley Publishers.
- [9] Universidad de Burgos (12 de mayo de 2023). Mujeres con TEA. [Archivo de video]. Recuperado de <https://youtu.be/InCFHhzff00>

- [10] CHAWARSKA, K., MACARI, S., POWELL, K., DINICOLA, L. Y SHIC, F. (2016). Enhanced Social Attention in Female Infant Siblings at Risk for Autism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(3), 188-195. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.11.016>
- [11] KOPP, S. & GILLBERG, C. (1992). Girls with social deficits and learning problems: Autism, atypical Asperger syndrome or a variant of these conditions. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1(67), 89–99. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/BF02091791>
- [12] LEMON, J., GARGARO, B., ENTICOTT P. Y RINEHART, N. (2011). Brief Report: Executive Functioning in Autism Spectrum Disorders: A Gender Comparison of Response Inhibition. *J Autism Dev Disord* 41, 352–356. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1039-2>
- [13] Piramyd Educational Consultants (2022). Implementa PECS a lo largo del día. [Entrada de Blog]. Recuperado de <https://pecs-spain.com/blog-es/implementa-pecs-a-lo-largo-del-dia/>
- [14] Confederación España, Asperger y otros TEA (28 de mayo de 2023). Síndrome de Asperger en la infancia. Recuperado de https://www.asperger.es/index.php?V_dir=MSC&V_mod=showart&id=168

PRESENTACIÓN DE LIBROS

WINNICOTT. CLÍNICA DE LAS AGONÍAS PRIMITIVAS. Ciudad de México: Ediciones D'Jimena, Colegio Internacional de Educación Superior, CiES, 2023.

Autora: Concepción Rabadán Fernández. Comentan: Mtra. Martha Elba Valenzuela Amaya. Dra. Mitzi Miriam León Calderón y Mtro. Enrique Octavio Aragón Burgos.

Presentado el día 29 octubre 2023, en el 5º Encuentro de la Publicación Psicoanalítica, Auditorio del CiES.

PALABRAS DE LA AUTORA, CONCEPCIÓN RABADÁN

Antes de iniciar quiero agradecer al Dr. Jaime Fausto Ayala por su apoyo en la revisión del material del libro. A Jimena Ayala por su preparación para subirlo en Amazon. Agradecer al grupo de los doctorados, el Doctorado en Ciencias del Desarrollo Humano y el Doctorado en Investigación Psicoanalítica, en el que fuimos compartiendo el estudio de la teoría y la clínica de Winnicott. Gracias al ambiente de la Comunidad CiES. Agradecer a la Mtra. Martha Elva Valenzuela Amaya, a la Dra Mitzi Miriam León Calderón y al Mtro. Enrique Octavio Aragón Burgos, que se dieron a la tarea de estudiar y comentar el día de hoy el libro; su apoyo es invaluable, muchas gracias.

Bueno, lo que me gustaría hacer en esta presentación es plantearles ¿Por qué continué estudiando a Winnicott en su propuesta de la salud emocional y de las agonías primitivas, más allá del famoso objeto transicional?

Descubrí al Winnicott de la salud y de las agonías primitivas cuando realizamos, en coautoría con Jaime Ayala Villarreal, el libro "Más allá de la terapia de juego. Los fundadores". Desde entonces no ha dejado de sorprenderme cada nueva relectura de la obra de este pediatra y psicoanalista inglés. Recuerdo que lo primero que me impresionó fue descubrir que no se trataba de planteamientos desde la neurosis sino de por qué los bebés enferman, para pensar a los pacientes borderline que en un inicio llamó no-psicóticos.

Winnicott va creando y construyendo, en base a la observación, las consultas terapéuticas y los análisis con niños, con adolescentes y adultos el Desarrollo emocional primitivo, que para el bebé se trata de continuidad existencial ante un ambiente sostenido, es decir suficientemente predecible.

Se puede decir que El yo cuerpo al que se refiere Sigmund Freud en El yo y el ello del año 1923, en Winnicott no se construye sino se ha creado antes el mundo interior, con su núcleo (yoself) y la membrana el yopiel, durante los 3 primeros años de vida, por contar

con un referente. En la Clínica de las Agonías primitivas no se trata de angustia de castración sino de aniquilación: fragmentarse, estar cayendo, miedo al derrumbe, desorientación. La pregunta entonces no es por el yo sino por el centro de gravedad del self.

No se trata de angustia por la pérdida del objeto como en la teoría de las relaciones de objeto, ni como las tres formas de angustia planteadas por Sigmund Freud, es decir: la angustia como primera forma de psique, la relacionada con la represión o como la angustia señal. Con Winnicott la angustia esta asociada con la inseguridad en el sostén; si el bebé se siente seguro o inseguro. La angustia como el sentimiento de habitar el cuerpo; la residencia psiquesoma. En el libro se encuentra una aplicación para pensar el tiempo subjetivo con la distinción de la angustia sin dolor, con dolor y sin angustia; el tiempo como la conjugación de la angustia sin dolor. En la Clínica de las agonías primitivas, las emociones tienen diferentes referentes, como cuando un paciente dice sentir angustia mas bien es desorientación y sin angustia, puesto que no cuenta con los referentes de angustia que cobijan al cuerpo; cuando un paciente con trastorno psicossomático yo self refiere que siempre esta triste, esta tristeza no corresponde a la fase depresiva, sino a la tristeza por una desertificación en su mundo interior, vacío de experiencias de self suficientes.

Con las conferencias de Winnicott se logra ir trazando una tercera zona de experiencia que desde el objeto transicional, transiciona desde la creatividad primaria de ser el bebé el creador de sí mismo por sí mismo, el yo self, si se encuentra sostenido; transitando por el vacío potencial de creatividad, siempre entre fenómenos paradójicos; espacio potencial de sublimación primitiva, donde se puede estar relajado estando no integrado, negativizar, eliminar y sobrevivir, olvidar, crear, soñar, poseer el objeto transicional no-yo, hacia la cultura. Se estudia en el libro con Winnicott cómo el bebé transita entre fenómenos siempre paradójicos, **el bebé existe en un mundo de experiencias omnipotentes siempre paradójicas**: se encuentra en soledad esencial a la vez que en dependencia absoluta. Otra paradoja: no hay tal cosa como un bebé. Crea el objeto estando presente. Otra paradoja: esta relajado estando no integrado, porque se encuentra sostenido. El bebé es y no es de la madre.

Winnicott es un autor, que fácilmente nos hace perdernos en el estudio del famoso objeto transicional o en lecturas mas de tipo cotidiano o de interdisciplina; que curiosamente se olvida cuando se ha estudiado el trastorno psicossomático. La propuesta de este libro es la de recuperar sus aportaciones al psicoanálisis a partir del Desarrollo emocional primitivo,

entre la salud, las agonías primitivas, la psicósomática; una manera de abordar lo fronterizo.

Si un infante, en los 3 primeros meses de nacido, o un bebé entre los 3 y 18 meses sufren una caída del ambiente que lo sostiene vivencia una caída o un derrumbe en su continuidad existencial, en su "seguir-siendo". El bebé sostenido se encuentra siempre, a la vez, al borde de la agonía primitiva. Winnicott estudia estas vivencias que el bebé no logra integrar en su experiencia omnipotente. Ocurre no un vacío existencial sino un vacío por caída o uno por derrumbe. En el libro se va estudiando qué le ocurrió al bebé, ahora adulto que asiste a la consulta. Siendo personas exitosas en el self profesional, sufren en el self privado o en el self social.

1. Sorprende cómo Winnicott trató casos de pacientes adultos quienes llevaban varios años en análisis antes de llegar con él o que habían estado en psicoanálisis con varios analistas y los pacientes no habían logrado **sentirse reales**.
2. Se estudia cómo el momento de la fase del desarrollo emocional en que ocurre esta caída o este derrumbe en la continuidad existencial marca diferencias intersubjetivas, intrapsíquicas y de interacción.
3. Se estudian los 5 tipos de ambientes que propone Winnicott:
 - A) El saludable en el que el bebé es un creador: crea el pecho estando presente. Se crea a sí mismo, es el creador y lo creado, lo que alude al verdadero self.
 - B) El ambiente atacante en donde el bebé más que existiendo, vive reaccionando.
 - C) El intrusivo en el que el bebé es un resto del self de la madre ambiente.
 - D) El ambiente de sostén que cae, en formas de trastorno psicósomático yoself.
 - E) El ambiente en el que se derrumban los controles como miedo al derrumbe.

Lo importante de estos pacientes no es la interpretación, no es el encuadre clásico del psicoanálisis, sino el sostén y el marco.

1. Se trata de sobrevivir a la destrucción del paciente.
2. De la capacidad de colocar al objeto fuera de la zona de omnipotencia.
3. De poder depender del psicoterapeuta en un ambiente de sostén, en una confianza predecible, de manera que la psique escindida del paciente puede organizar una regresión y experimentar por primera ocasión la vivencia de caída o la de derrumbe en una transferencia delusional.

Es un error dice Winnicott que el psicoterapeuta parta de suponer que el paciente existe realmente. En la clínica de las agonías primitivas se trata de existir, de sentirse reales, de ir al auxilio del verdadero self escondido.

Entonces Winnicott nos permite estudiar diferencias en el planteamiento entre las fronteras del self en su creación, en el trastorno psicossomático yo self y el trastorno psicossomático yo piel. Algo que debió de haber ocurrido no sucedió o eso que teme a futuro como pensamiento de miedo al derrumbe, ya le sucedió. Esta Clínica se estudia como una dificultad entre las paradojas de los fenómenos transicionales.

Espero que el libro de la Clínica de las Agonías primitivas los siga acercando al estudio que llevan realizando de Winnicott y que los acompañe en su clínica y en su propuesta, no solo teórica sino técnica, en la que el sostén, desde la dependencia, puede actualizar la caída o el derrumbe por primera vez con el analista, en formas de regresión curativa.

Lograr que el paciente pase de la invulnerabilidad narcisista al sufrimiento.

Muchas gracias. Le doy la palabra a la Mtra. Martha Elva Valenzuela Amaya.

COMENTARIO, MARTHA ELBA VALENZUELA AMAYA

Buenos días, antes que nada, me siento muy honrada y deseo expresar mi gratitud a la Dra. Concepcion Radabán Fernández por haberme extendido la invitación para presentar, junto con la Dra. Mitzi Leon Calderón y el Mtro. Enrique Aragón Burgos, el libro de su autoría titulado "Winnicott, clínica de las agonías primitivas".

Donald Winnicott, autor prolífico que plasma su experiencia a través de las conceptualizaciones que nos muestra a lo largo de su obra; ha sido ampliamente conocido por los fenómenos y objetos transicionales, sin embargo, también es creador de muchos más descubrimientos importantes, entre los que encontramos su interés por el desarrollo emocional primitivo. La Dra Rabadán ha sido durante años, una ávida estudiosa de la teorización de Donald Winnicott, mediante una lectura reflexiva y profunda, y no sólo de ellos, también de los seminarios y cursos en los que ha participado, la han llevado a conocer los conceptos que este psicoanalista escribió. Ella nuevamente nos invita, a seguir estudiándolo a través del libro que hoy nos reúne.

Las teorías de winnicott se sustentan en las observaciones de los conflictos psíquicos de sus pacientes, mismos que lo llevaron a discernir las fallas ambientales derivadas de los déficits de los cuidados maternos ante las necesidades de su bebé, de ahí considera que el desarrollo temprano es primordial y dice a los terapeutas que, cuando hay fallas tem-

pranas, mediante el encuadre analítico y un sosten suficientemente bueno a través del vínculo con el analista, se le proporciona a la persona la posibilidad de corregirlas. Es precisamente donde nuestra autora, en la parte introductoria del texto, nos dice, abro comillas “sobre cómo, en la salud, se crea y funciona, de manera sostenida, el mundo interior, en su núcleo y en su membrana antes de que se conforme el aparato psíquico (y nos da como referencia) los tres años de edad”(11). Comenta su descubrimiento por el Winnicott de la salud emocional y de las agonías primitivas y de cómo este, a través de su incursión en la obra freudiana en la que estudió el self; se percató de la potencialidad creativa que tenía el bebé, desde la dependencia absoluta, hasta las ganancias de sus cuotas de autonomía.

Así, devenido de la teorización de este psicoanalista inglés sobre la agresión, reflexiona sobre la importancia de la sobrevivencia a la destrucción del objeto y del requerimiento del bebé de alguien que realice funciones de sostén y contrafuerza (17), de esa madre-ambiente que, sin ser retaliativa, sostiene la agresión del bebé desde que se va integrando el yo, hasta que comprende el mundo.

Asimismo, a través de las conceptualizaciones de los modelos del desarrollo emocional primitivo en sus etapas de preintegración (no integración-integración), integración (personalización/despersonalización) y comprensión/irrealidad y del modelo de la lección objetal con sus tres fases: la de incorporación, la de retención y la de abandono o eliminación, concluye y le otorga al bebé “el derecho de completar una experiencia”, misma que permitirá la madre a través de sus “actos de amor”, que consisten en sensibilizarse con las necesidades de su bebé; la madre debe intervenir brindándole un soporte adecuado para que logre un óptimo desarrollo, pues si esto no sucede, habrá fallas que serán significativas en el desarrollo emocional a futuro.

De igual manera, nuestra autora, nos muestra a través de la estructuración de su libro, la posibilidad de poder mirar clínicamente la diversidad de características y diferencias que podemos encontrar en lo relativo a las agonías primitivas y los efectos posteriores que causan en las personas cuando llegan a la etapa de independencia, y cuando lo que ha sido adverso, modifica sus vidas dolorosamente, creando un caos en el que apenas logran sostenerse. Si la madre no provee el sostén necesario a su bebé, él la percibirá como una falla ambiental significativa, en la que él mismo se creará una protección que conocemos como falso self, con el que se provocará un sentimiento de irrealidad.

Winnicott trabajó en muchos de sus escritos, conceptos y teorizaciones que la Dra. recopila en este libro, como la agresión, el trastorno psicossomático yoself y la diferencia con el trastorno psicossomático yopiel, los círculos benigno y maligno, la dispersión de los agen-

tes responsables y el miedo al derrumbe, entre varios más. Una de las bondades de este trabajo, es precisamente que ella, nos los explica con la asimilación que ha logrado a través de los años de estudio sobre los escritos de este autor; nos facilita la comprensión, y contribuye a la investigación que realizamos en el espacio terapéutico cuando damos escucha a lo existente en la vida psíquica de nuestros pacientes, a sus angustias y a su dolor; en muchos casos es complejo, sobre todo cuando se trata de problemáticas en el desarrollo emocional primitivo como lo que nos menciona acerca de la “depresión desértica con sensaciones de desesperación en la inmediatez”, cuya escucha clínica, nos lleva a pensar también en el miedo al derrumbe y sus consecuencias, a veces de fragmentación, otras, de caídas interminables y permanentes que hacen entrar en caos a la persona que lo vivencia.

Nos proporciona las referencias teóricas acerca de este tema y enuncia los artículos en que Winnicott escribió lo relativo a la vida psíquica primitiva en un periodo que abarca de 1948 a 1962, y nos muestra la profundidad de sus reflexiones. Agregado a lo anterior, añade la explicación de las diferencias entre las paradojas en un ambiente de salud y las que subyacen en el desarrollo emocional primitivo, que están sostenidas por una desesperación sin angustia con desorientación y sin tiempo; ante estas sensaciones desoladoras, Winnicott nos dice “paradojas que se aceptan y no se interpretan”.

Por otra parte, la autora agrega como parte final del libro, la fraseología de Winnicott, y apoyándonos en ella, la comprensión se torna en una apertura que libera dudas previas que nos hacían trastabillar. Podríamos extendernos por horas al hablar de este libro, pero no es posible por el tiempo, y no quiero quedarme sin expresar que gracias a la narración y explicación conceptual que la Dra. Rabadán lleva a cabo, personalmente, me permitió una mayor claridad en la comprensión de procesos que creía entender, y es, con esta lectura, que caí en cuenta, que los interpretaba de una manera en que no los había alcanzado a entender.

Por mi parte, concluyo y agradezco a los presentes su escucha.

COMENTARIO, MITZI MIRIAM LEÓN CALDERÓN

Buenos días a todos, es un honor para mí presentar el libro de la Doctora Rabadán, Winnicott: clínica de las agonías primitivas, ella es una gran estudiosa y apasionada de la teoría psicoanalítica winnicottiana. Ha logrado contagiarnos a muchos, dicha pasión, y, la cual, podrán constatar al adentrarse en la páginas de esta excelente publicación.

Lo que van a encontrar en el libro, es una revisión muy profunda de los textos de Winnicott que aluden a la creación del mundo interior, antes, del yo en el aparato psíquico, es

decir, lo que acontece en las primeras fases de desarrollo cuando se está instaurando el "yo", y que corresponde a los primeros años de vida.

A través de una serie de artículos, la doctora nos muestra a Winnicott, más allá de lo que convencionalmente los psicoanalistas interesados en este autor, suelen leer, es decir, más allá de su descubrimiento del famoso objeto transicional, olvidando quizá, como ella misma lo señala, sus importantes aportaciones sobre el desarrollo emocional primitivo.

Es así que, la propuesta de este libro, es la de recuperar tales aportaciones, y con ello, mostrar una opción más para pensar el psicoanálisis, esto es, no desde el complejo de castración que implica una fase más avanzada, sino, dimensionando las condiciones para la creación del self como parte del mundo interior; para que la psique resida en el soma, ¿qué quiere decir esto?, que la psique habite el cuerpo haciendo soma para poder sentirse vivo y real. Y es que, en la concepción de Winnicott, todo parte de la no existencia, de un vacío primario que aspira a ser llenado con experiencias de omnipotencia, por lo que al principio, no hay bebe, sino una pareja de crianza, o sea, una relación madre-bebé.

En la clínica de las agonías primitivas funcionan formas de escisión en la organización del mundo interior, por tanto, no se trata de la angustia de castración, sino de una angustia asociada con la inseguridad del sostén del ambiente, lo que está en juego es la existencia, la continuidad en el ser, de ahí que, en esta clínica, se puede llegar a encontrar casos de pacientes con vivencias tormentosas, con vivencias de nadificación, de no sentirse real, de desintegración, por caída, o pensamientos catastróficos por derrumbe, en estos casos los pacientes viven reaccionando, en lugar de existir.

A lo largo del texto, la doctora resalta y explica muy bien cómo dentro del desarrollo emocional primitivo, los primeros procesos del desarrollo se dan entre transiciones de fenómenos paradójicos, los cuales apuntan en una primera fase hacia la integración, en una segunda fase a la personalización y en una tercera fase hacia la comprensión.

Quisiera puntualizar que la descripción de estas fases, tal como nos las presenta la doctora Rabadán, es, en mi opinión, una de sus aportaciones centrales. A que me refiero con esto:

A que dicho desarrollo teórico se encuentra repartido en diversos textos de Winnicott, así que, la información no se encuentra de forma condensada en uno sólo, además de que, con el correr del tiempo y con el desarrollo de su teoría, Winnicott fue integrando y agregando cada vez más, diversas aportaciones al desarrollo primitivo, de manera que, la información no se encuentra tan ordenada. De suerte que, el texto que hoy les presento es una gran guía para adentrarse a la teoría de lo primitivo en Winnicott.

La doctora logra ordenar, articular, condensar e integrar de forma fiel las aportaciones del autor, aquello que sucede en cada fase del desarrollo primitivo, tanto en la salud donde hay una angustia sin dolor, como en las diferentes patologías que se llegan a presentar en cada fase, esto, porque el sostén del ambiente falla, ya sea porque ataca o es intrusivo, y cuando es así, acontecen agonías primitivas, allí donde hay angustia con dolor (lo sólo pensable), o no hay angustia (lo impensable).

A su vez, el trabajo de la doctora ayuda a evitar ciertas confusiones, y es que Winnicott, a veces utiliza diferentes calificativos para nombrar a cada una de las fases. De este modo, a través de una explicación teoría, notas aclaratorias al pie de página, cuadros y esquemas comparativos, así como, la presentación de casos tanto de pacientes de Winnicott como nuevos casos que integra la doctora, logra sintetizar y explicar de forma brillante el trabajo de Winnicott.

Leer el trabajo de la doctora, en lo personal me ayudo a aumentar mi comprensión sobre la teoría de lo primitivo, por mencionar un poco y para mostrarles algo de su contenido. En la primera fase: la de integración-no integración, o de sostén, o de preintegración, hay una dependencia absoluta, y una relación incorporal, aquí, la madre piensa por el infante, y el bebé tiene la ilusión de crear al pecho, siempre y cuando este bien sostenido, al crear el pecho, se crea a sí mismo, crea el objetoyoself, crea Mí; es decir: lo parte de Mí distinto de Mí que hace Mí. En este punto el objeto es subjetivo, y es lo que crea el núcleo del mundo interior. Si todo marcha bien, hay un presente, y angustia sin dolor. En cambio, si hay fallas, o sea una privación, el yoself se escinde y puede resultar un trastorno psicossomatico yoself, a la manera de la agonía primitiva de estar cayendo, o ser un resto del self de la madre, es decir, el centro del self no se encuentra en el propio cuerpo, sino en la madre, o bien, la representación de objeto cae, el resultado, madre muerta.

En la Segunda fase: la depresiva, o de inquietud, o de integración, o de personalización/despersonalización, ya hay una relación bicorporal y la dependencia es relativa. Se crea el yopiel, una membrana que cubre y protege el mundo interior, delimitando con ello, un interior y un exterior, pudiendo colocar el objeto fuera del control omnipotente, y experimentar la intimidad. Ahora, ya se mira al pasado, hay experiencias del ello, hay destrucción, preocupación y sobrevivencia del objeto. Aquí, el bebé piensa por sí mismo, recurriendo al pensamiento para la continuidad de la vida psicossomática, para la residencia de la psique en el soma. Las fallas en esta fase son por privación de los controles, lo que puede generar un trastorno psicossomático yopiel, a manera de la agonía primitiva del miedo al derrumbe, en donde el pensamiento, hace las veces de madre, pues el centro del self se encuentra en el pensamiento catalogador.

En la tercera fase: comprensión/irrealidad o fase de la construcción del aparato psíquico; el objeto ya se percibe objetivamente y se usa al objeto, ya se experimenta comprensión en una realidad compartida, se crea una frontera del yo, en tanto, hay un adentro y un afuera, con la capacidad de posesión del objeto transicional no-yo. Aquí hay la capacidad no solo de compartir, sino de ya irse comprometiendo. Se establece el aparato psíquico, facilitando la identidad con lo no-yo, ahora en una relación tricorporal y articulando los tres tiempos: presente, pasado y futuro. Las fallas en esta fase se dan por la deprivación del objeto, lo que conlleva a la conducta antisocial.

A lo largo de los artículos también van a encontrar referencias a otros autores además de Freud, autores que comparten similitudes con la teoría de Winnicott, por mencionar algunos; la doctora identifica a André Green, como un continuador de su pensamiento, así, en varios de sus artículos va señalando y explicando las similitudes que encuentra entre estos dos autores, retomando los conceptos de Green de la madre muerta, la posición fóbica central, la desertificación psíquica, la coexistencia de una doble angustia de separación y de intrusión, entre otros conceptos. Se subraya que tanto Winnicott como André Green, con sus teorías permiten la comprensión de los casos que Winnicott llamó no-psicóticos y luego fronterizos y que André Green los llamará no-neuróticos.

Igualmente se menciona a Melanie Klein, autora, que al igual que Winnicott realizó aportaciones en aspectos tempranos del desarrollo, para Klein el niño desde el inicio posee un yo capaz de experimentar ansiedades, establecer relaciones objetales, y un complejo de Edipo temprano, sin embargo, la doctora puntualiza en varias ocasiones, la diferencia que el propio Winnicott establece entre ambas posturas, que es, que lo temprano no es lo profundo. Además, mientras que para Klein la agresión deforma la realidad, para Winnicott la agresión funda la realidad, en tanto las experiencias agresivas son las que se perciben como reales, mucho más reales que las experiencias eróticas.

Por último, no quiero dejar de mencionar que en la parte final del texto, encontrarán un artículo sobre la fraseología de Winnicott, el cual, se los digo sin duda alguna, es excelente como apoyo para acercarse o entender aspectos de la teoría de Winnicott, en lo personal, a mí me sirvió de gran ayuda para entender el concepto de angustia con y sin dolor, el círculo benigno y maligno, la diferencia entre privación, deprivación de los controles y deprivación del objeto, la tercera zona de experiencia, y, sobre todo, el concepto de vacío.

En fin, esto es solo una muestra de lo mucho que se puede llegar a aprender o comprender con la lectura del libro: Winnicott: clínica de las agonías primitivas. Por eso, se los recomiendo ampliamente, sin duda es un texto que va a enriquecer su escucha y clínica

psicoanalítica, aquellos que deseen adquirirlo, espero lo disfruten, tanto, como yo lo hice y obtengan se propia experiencia de aprendizaje.

Muchas gracias

COMENTARIO, ENRIQUE OCTAVIO ARAGÓN BURGOS

Bueno a manera de cierre me gustaría compartir con ustedes algunas de mis reflexiones después de esta maravillosa presentación de este libro con material de este gran teórico a través de la Doctora Rabadán, los comentarios que nos obsequian Martha Elba Valenzuela y Mitzi Miriam León; quería agregar algunos comentarios y a la vez me gustaría que fueran el principio del despertar en ustedes, junto con el gran trabajo de la Doctora Rabadán, la inquietud de estudiar este teórico de una manera tan organizada como nos lo obsequia la autora.

La clínica de Winnicott, a través de la organización en un solo texto, como clínica del sostén. El desarrollo emocional primitivo, la articulación de un interior y un exterior en la construcción de un aparato psíquico y la realidad compartida. Esto a mí me llevó a pensar en el valor teórico y además práctico para comprender a un autor y apostar su comprensión en la clínica de la psicomotricidad. La psicomotricidad, desde donde yo la conceptualizo, siempre ha tenido grandes desafíos; la psicomotricidad de orientación psicoanalítica, uno de los grandes retos es poder trabajar con lo simbólico y a través de la comprensión del desarrollo emocional primitivo creo que es un punto de partida muy importante. Me hizo recordar el caso Bruno emblemático de Aucouturier y La Pierre, que si lo revisáramos con calma y lo leyéramos, a mi forma de ver, Winnicott está ahí, ¿qué hicieron estos psicomotricistas? aplicaron la clínica del sostén con este chico que tenía grandes problemas psicomotrices y emocionales.

Pilar Arnaiz, en el año 1974, planteó que la psicomotricidad se había rezagado muchísimo en lo que es la psicoterapia por lo que de una manera integradora buscó acercarse y se acercó al psicoanálisis, al mismo tiempo que integró otras áreas del conocimiento como las neurociencias.

Winnicott en este libro, a través de la lectura que nos obsequia la Doctora, nos permite herramientas de comprensión, especialmente para los psicomotricistas, todo esto que se mueve entre la relación de la psique y el soma, planteamientos que de forma muy importante la Doctora destaca a lo largo de su libro.

Para cerrar me gustaría compartir con ustedes las palabras de Carlos Sagan. Él dijo que los seres humanos hacemos magia. Prueba de ello es un libro, porque a través de un libro

el autor, y en este caso dos autores la Doctora Rabadán, con la lectura que hace de Winnicott, pueden dialogar y nosotros con ellos a través de la lectura de este material.

Muchas gracias.